

علم النفس الإكلينيكي

التطورات المعاصرة في الفحص
والتشخيص والعلاج النفسي



دكتور
محمد فرغلي فراج


مكتبة الأنجلو المصرية

علم النفس الإكلينيكي

التطورات المعاصرة

في الفحص والتشخيص والعلاج النفسي

دكتور/ محمد فرغلى فراج

استشارى علم النفس الاكلينيكي بالولايات المتحدة
رئيس قسم على النفس جامعة الملك سعود-أبها (سابقاً)
عضو هيئة التدريس بجامعة القاهرة (سابقاً)
University of Michigan, Dearborn



مكتبة الأنجلو المصرية



الفهرس

٩ مقدمة
---	-------------

الفصل الأول

تعريف بالعلم

١٤	..... لمحة تاريخية
١٦	..... علم النفس الإكلينيكي خلال الحرب العالمية الأولى والثانية وما بعدهما
١٩	..... مؤتمرات بولدر وفيل
١٩	..... علم النفس الإكلينيكي في مصر
١٩	..... دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي
٢٤	..... المنظورات الرئيسية في علم النفس الإكلينيكي
٣١	..... خدمات الصحة النفسية
٣٢	..... المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين

الفصل الثاني

المقابلة الإكلينيكية

٤٠	..... وظائف المقابلة
٥٠	..... أشكال المقابلة
٤٢	..... مراحل المقابلة
٤٩	..... خصائص المقابلة في المراحل المختلفة
٥٨	..... تقييم المقابلة

الفصل الثالث

الفحص النفسي- الاجتماعي (تاريخ الحالة)

٦٦	..... نموذج الفحص النفسي- الاجتماعي
٧٣	..... تاريخ الحالة، فحص الحالة العقلية
٧٩	..... خطة العلاج المبنيّة

الفصل الرابع

الاختبارات النفسية في الفحص الإكلينيكي

٨٥	..... خصائص الاختبار النفسي:
٨٧	..... الثبات
٩٠	..... الصدق
٩١	..... المحكات الإكلينيكية
٩٢	..... ثبات وصدق المحكات
٩٦	..... المعايير الأخلاقية لاستخدام الاختبارات النفسية الإكلينيكية
٩٧	..... التطبيق النصحيح، تفسير النتائج، كتابة التقرير الميكولوجي

الفصل الخامس

قياس الذكاء في الفحص الإكلينيكي

١٠٤	..... أهداف قياس الذكاء بالعبادة النفسية
١٠٦	..... مقياس ستانفورد-بينيه
١١١	..... مقياس الوكسلر
١٢٢	..... مقياس المصفوفات المتدرجة
١٢٣	..... مقياس جود إيف للرسم
١٢٤	..... مقياس متأهات بورتوس
١٢٥	..... مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي
١٢٦	..... اختبارات الاستعدادات والقدرات

الفصل السادس

اختبارات الشخصية في الفحص الإكلينيكي

١٣١	..... اختبارات الشخصية المفصلة
١٣٢	..... الاختبارات المبنية على أساس الصدق الامبيرقي
١٣٢	..... مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية
١٣٢	..... المراجعة الثانية مقياس مينيسوتا
١٤٢	..... مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين
١٤٨	..... المقاييس العامية للشخصية
١٤٨	..... اختبار أيزنك للشخصية
١٤٩	..... مقياس جيلفورد للشخصية
١٥٠	..... مقياس كاتل للسمات الأساسية
١٥٠	..... أساليب الاستجابة في قياس الشخصية
١٥٣	..... المقاييس الاسقاطية للشخصية

الفصل السابع

التقدير السلوكي

١٦٣	أوجه الشبه والاختلاف بين التقدير السلوكي والقياس النفسي التقليدي
١٦٦	الفروض الأساسية للتقدير السلوكي
١٦٦	العلية البيئية-الاجتماعية
١٦٧	النظرة السياقية للسلوك
١٧١	العلية المتعددة للسلوك
١٧٧	بعض أطر التقدير السلوكي
١٧٩	مناهج الفحص السلوكي
١٨١	الملاحظة
١٨٦	التقدير الذاتي
١٨٩	المقاييس السيكو فسيولوجية
١٩٠	التقدير السلوكي والاعتبارات السيكومترية

الفصل الثامن

رسم الخطة العلاجية

١٩٦	تحديد المشكلات
٢٠٣	أهداف العلاج
٢٠٤	الخطوات الموصلة لتحقيق الأهداف
٢٠٦	الإجراءات العلاجية
٢٠٧	مشاركة المريض في رسم الخطة العلاجية

الفصل التاسع

العلاج النفسي التحليلي

٢١٢	اللاشعور ومراحل النمو الجنسي عند فرويد
٢١٤	البناء النفسي
٢١٥	الهو
٢١٦	الأنا
٢١٧	الأنا الأعلى
٢١٧	الصراع الداخلي والأعراض العصبية
٢١٨	القلق
٢٢١	الحيل العقلية
٢٢٤	المحللون الجدد

٢٢٧	..... الأساليب العلاجية التحليلية
٢٣١	..... الأشكال المعدلة من العلاج النفسى التحليلى

الفصل العاشر

العلاج السلوكى: مقدمة

٢٣٧	..... لمحة تاريخية
٢٤٠	..... الإسهامات الأساسية فى نشأة العلاج السلوكى
٢٤٠	..... الارتباط الشرطى الفعال
٢٤٠	..... ولبه والكف التبادلى
٢٤١	..... أيزنك ومعهد الطب النفسى
٢٤١	..... العلاج السلوكى فى مصر
٢٤٣	..... النموذج السلوكى للاضطرابات النفسية
٢٤٣	..... التحليل السلوكى التطبيقى
٢٤٤	..... العلاج السلوكى التقليدى
٢٤٥	..... نظرية التعلم الاجتماعى
٢٤٦	..... العلاج السلوكى المعرفى

الفصل الحادى عشر

أساليب العلاج السلوكى

٢٥١	..... أسلوب التطمين المنظم
٢٥٤	..... التدريب على الاسترخاء
٢٥٧	..... بناء مدرج القلق
٢٦٥	..... أساليب الغمر والتفجير الوجدانى
٢٧٠	..... أساليب تعديل السلوك
٢٧١	..... جداول التدعيم
٢٧١	..... تشكيل السلوك
٢٧٨	..... برامج التدعيم الرمضى

الفصل الثانى عشر

العلاج السلوكى المعرفى

٢٨٢	..... الاتجاهات الرئيسية فى العلاج المعرفى
٢٨٢	..... العلاج السلوكى العقلاقى عند ألبرت إيلس
٢٨٢	..... العلاج المعرفى
٢٨٢	..... الارتباط الشرطى المستتر

٢٨٣	..... التنفير المستتر
٢٨٥	..... أسلوب إيقاف التفكير
٢٨٧	..... العلاج السلوكي العقلائي - الانفعالي
٢٩٥	..... الأساليب المعرفية
٢٩٧	..... العلاج المعرفي عند آرون بيك
٢٩٨	..... المخططات أو المنسوقات الذهنية
٢٩٩	..... الأخطاء المعرفية
٣٠٠	..... أساليب العلاج المعرفي
٣٠٢	..... نظرية التعديل السلوكي عند ماكنابام
٣٠٥	..... اتجاهات التطور في المستقبل

الفصل الثالث عشر

البحوث الإكلينيكية

٣١٣	..... الاعتبارات المنهجية
٣١٥	..... أنواع البحوث الإكلينيكية
٣١٦	..... خطوات البحث العلمي
٣١٨	..... مجالات البحث الإكلينيكي
٣١٨	..... بحوث الانتشار
٣٢٠	..... بحوث الشخصية
٣٢٢	..... النظرة العامة والنظرة الفردية للشخصية
٣٢٤	..... بحوث تقييم آثار العلاج النفسي
٣٢٥	..... مقارنة المجموعات
٣٢٧	..... بحوث الحالة الفردية

الفصل الرابع عشر

فروع علم النفس الإكلينيكي

٣٣٣	..... علم النفس الإكلينيكي العام
٣٣٣	..... علم النفس الإكلينيكي في سن الرضاعة
٣٣٤	..... علم النفس الإكلينيكي للأطفال
٣٣٧	..... علم النفس الإكلينيكي للمسنين
٣٣٩	..... الأزهيمر وأنواع الخرف الأخرى
٣٤٢	..... خدمات علم النفس الإكلينيكي للمسنين
٣٤٤	..... علم النفس الإكلينيكي للصددمات النفسية
٣٤٧	..... العلاج النفسي للصددمات النفسية

٣٤٩	.....علم النفس العصبي الإكلينيكي
٣٥٣	.....علم النفس الإكلينيكي الصحي
٣٥٤	.....علم النفس الإكلينيكي الجنائي
٣٥٧	.....المراجع العربية والأجنبية

مقدمة

لنشر هذا الكتاب قصة طويلة. فلقد تم التعاقد مع إحدى دور النشر المصرية لنشر الكتاب في عام ١٩٩٨. وترك الكتاب مع وعد بالنشر وسافرت إلى الخارج، حيث أعمل بالولايات المتحدة. وكنت أعود كل عام تقريباً ليقول لى صاحب دار النشر أنه ينتظر دوره فى طابور النشر وسوف تتم طباعته قريباً وفى خلال فترة وجيزة. ومرت سبع سنوات ولم يتم نشر الكتاب فقامت بسحبه من دار النشر. وبعد ذلك قمت بمراجعة الكتاب مع إضافة الفصل الأخير عن بعض أهم فروع علم النفس الإكلينيكي في الوقت الحاضر. وقد بنى هذا الكتاب على خبرة عملية وعلمية امتدت سنوات طويلة في الممارسة الفعلية لعلم النفس الإكلينيكي مع أشخاص يتلقون خدمات الصحة النفسية في مراكز الصحة النفسية في الولايات المتحدة، ويعانون من مختلف مشكلات الصحة النفسية. كذلك فلقد استند إلى الدراسة النظرية والتدريب العملي في الجامعات خاصة جامعة ليدز بالمملكة المتحدة وجامعة رتجز في ولاية نيوجرسي بالولايات المتحدة. حيث تعلم المؤلف على أيدي مشاهير العلاج النفسى مثل أرنولد لازاروس وألبرت إليس وغيرهم كثير في أماكن أخرى بالولايات الأمريكية. وحرص المؤلف من خلال حضور الدورات التدريبية والمحاضرات، والقراءة والممارسة العملية على أن يعرف وأن يستخدم أحدث ما توصل إليه علم النفس الإكلينيكي في مجالات الفحص والعلاج النفسى. وقد قام المؤلف خلال عمله في الولايات المتحدة ببناء وتطوير مركز الصحة النفسية للعرب الأمريكيين في ولاية ميشيجان، وقسم العلاج النفسى للأطفال، ومركز مساعدة ضحايا الجريمة والعنف المنزلى، ومركز علاج ضحايا التعذيب، كما قام ببناء برنامج للضمان المستمر للجودة. كذلك فقد قدم المؤلف الكثير من المحاضرات والندوات العلمية، وإجراء البحوث العلمية.

ويحاول هذا الكتاب تقديم التطورات العلمية المعاصرة التى طرأت على مجال علم النفس الإكلينيكي، حيث أن معظم ما نشر بالعربية قد توقف عند فترة الستينات وما قبلها ولم يشمل التطورات الكبيرة التى حدثت فى هذا الميدان الهام على مدار السنوات التالية. لقد جاء هذا الكتاب كثمرة للدراسة العلمية المتعمقة والممارسة

العملية لمجال الصحة النفسية وتطبيقات علم النفس الإكلينيكي مع مختلف الفئات والأعمار مع أفراد من مختلف بلدان وثقافات العالم.
وأرجو أن يقدم الكتاب إضافة جديدة للدارسين والمشتغلين في علم النفس الإكلينيكي في مصر والعالم العربي.



الفصل الأول تعريف بالعلم

الفصل الأول

تعريف بالعلم

علم النفس الإكلينيكي هو أحد الفروع التطبيقية الرئيسية الهامة لعلم النفس. وهو كما يشير الاسم يختص تطبيق علم النفس في العيادات النفسية، والمستشفيات، والمؤسسات التي تعنى بالأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي والأشخاص متحدى الإعاقة. وقد أطلق الاسم لأول مرة عام ١٨٩٦، عندما قام عالم النفس الأمريكي لايتنر Lightner Witmer بإنشاء أول عيادة من نوعها في العالم تختص بتقييم الأطفال الذين يعانون من مشكلات التعلم الدراسي وعلاج تلك المشكلات. وكان المدرسون والآباء يحولون الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أو مشكلات السلوك إلى تلك العيادة. ويجدر بالذكر أن ولايتنر كان قد تلقى تدريبه على يد وليم فونت الذي يسجل التاريخ أنه أنشأ أول معمل لعلم النفس في ليبزج بألمانيا. وقد حصل لايتنر على درجة الدكتوراه على يد فونت وعاد بعد ذلك إلى الولايات المتحدة حيث أصبح بدوره رائداً من رواد علم النفس. وفي السنوات التي أعقبت إنشاء تلك العيادة النفسية الأولى بدأ انتشار المتخصصين في علم النفس في كثير من المواقع، وبوجه خاص في الجيش الأمريكي، وذلك منذ الحرب العالمية الأولى. إلا أن أعداد المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي زادت فيما بعد زيادة كبيرة خاصة خلال الحرب العالمية الثانية. وفي وقتنا الحاضر ينتشر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون في كثير من المواقع، كالمستشفيات والعيادات النفسية، ومراكز الصحة النفسية المحلية، وفي المدارس، والسجون والقوات المسلحة والمؤسسات الحكومية ومجالات العمل والصناعة وغيرها. كما أصبح دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي واضح المعالم، وأصبح في جعبته الكثير من المهارات والخبرات المترجمة التي يخدم بها الأشخاص الذين يعانون من المرض النفسي. وفي وقتنا الحاضر ومع انتشار الأخصائيين النفسيين في مواقع كثيرة في المجتمع، تزايد الوعي بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وبما يمكن أن يقدمه من خدمات جليلة لخدمة الصحة النفسية في المجتمع إذا تم إعداده وتدريبه تدريباً جيداً.

تعريف علم النفس الإكلينيكي :

قدم بيلاك وهيرسن (Bellack & Hersen, 1980) تعريفاً بسيطاً لعلم النفس الإكلينيكي على أنه "علم تطبيقي يتم فيه الاستفادة من مبادئ علم النفس في فهم مشكلات السلوك الانساني والمساعدة على تخفيف حدتها". ويشيع الخلط أحياناً بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس المرضي حتى بين بعض المتخصصين في علم النفس. غير أننا نود أن نوضح هنا أن علم النفس المرضي هو ذلك العلم الذي يدرس الأمراض النفسية دراسة نظرية من حيث أعراضها وأسبابها وخصائصها المختلفة: السلوكية والمعرفية والوجدانية. وهو يهدف إلى زيادة معرفتنا وفهمنا لتلك الأمراض النفسية. أما علم النفس الإكلينيكي فهو علم تطبيقي يركز على وصف الخدمات والجهود التي يقوم بها الأخصائي النفسي في العيادات والمستشفيات النفسية بهدف فحص وتشخيص وعلاج تلك الأمراض النفسية أو الاضطرابات السلوكية والتغلب عليها.

لمحة تاريخية :

اهتم الإنسان منذ العصور السحيقة بمشكلات الصحة النفسية، وشغلته مشكلات المرض العقلي بوجه خاص. وكما هو الحال في أي ظاهرة أخرى فقد لجأ الإنسان في العصور القديمة إلى التفسيرات الخرافية للمرض العقلي، وذلك عندما أعوزته التفسيرات العلمية. فلقد رأى القدماء أن المرض العقلي أو الجنون إنما هو حالة من حالات التلبس بالشياطين. ويجدر بالذكر أن ذلك لا يقتصر على القدماء وحدهم، بل يشاركهم فيه بعض المعاصرين، خاصة ممن لم يتلقوا نصيباً موفوراً من التعليم الحديث والثقافة، وممن لا يجيدون التفكير النقدي. ولا زلنا نرى حلقات الزار، والأحجية، وفك الأعمال والسحر وإخراج الجن من الجسد، وغير ذلك من صور الفهم المغلوط والممارسات المتخلفة في أوساط مختلفة من المجتمع. ولا شك أن هناك الكثير ممن يتكسبون من نشر هذه الأفكار المتخلفة. وقد سادت أفكار مشابهة لذلك في أوروبا في العصور الوسطى وفيما قبل تطور العلم الحديث. وخلال تلك الحقبة من التاريخ، كان المرضى العقليون في أوروبا يعاملون معاملة قاسية، فكان يتم سجنهم، ووضع القيود الحديدية في أيديهم وأرجلهم، وتركهم جوعى، بدعوى أن ذلك هو طريق الشفاء من الجنون. ولم يبدأ العلاج الإنساني للأمراض العقلية في أوروبا إلا في منتصف القرن الثامن عشر أو أواخره. وعلى العكس من ذلك أنشئت في القاهرة وغيرها من العواصم العربية البيمارستانات التي كانت تقدم رعاية أكثر إنسانية للمرضى العقليين.

وفي أواخر القرن الثامن عشر قدم بنيامين رش Benjamin Rush (1745-1813) تصوراً مختلفاً للمرض العقلي، حيث رأى أن المرض العقلي له أساس

فسيولوجي. وقد افترض أن المرض العقلي ينشأ في الأوعية الدموية خاصة في الدماغ. وحسب نظريته فإن الأوعية الدموية تتأثر بالعوامل الانفعالية مما يؤدي إلى التقليل من فاعليتها. وقد استخدم علاجات تتفق مع نظريته، مثل فصد الدم، وإعطاء المسهلات، واتباع نظم غذائية خاصة، واستخدام العقاقير. وأنشأ ولیم تیوک William Tuke (1732-1819) في مدينة يورك البريطانية داراً للنقاهة، بهدف توفير المعاملة الإنسانية الملائمة للمرضى العقليين. وقد استخدم وسائل مثل التدريب الرياضي، والمناقشات، وممارسة الهوايات كبديل عن العقاب والتحكم في المرضى على النحو الذي ساد من قبل. كذلك عمل فيليب بينل Philip Pinel (1745-1826) على تحرير المرضى من المعاملة القاسية، واستبدل ذلك بالمعاملة بالرفق والاهتمام، وتوفير بيئة إيجابية منتجة. كذلك فقد قدم بينل نظاماً للتشخيص ميز فيه بين الميلائخوليا، والهوس mania، والخرف dementia، والتخلف العقلي.

وقد وضعت تلك الإصلاحات حجر الأساس لتطور خدمات الصحة النفسية ولنشأة علم النفس الإكلينيكي وتطوره فيما بعد. ثم جاءت مساهمات بروير، وشاركو وفرويد بعد ذلك لتؤكد على دور الدوافع النفسية للسلوك كبديل عن النظرة الفسيولوجية التي كانت سائدة حتى ذلك الوقت. وبرز هنا الدور التاريخي الهام للتحليل النفسي في هذا المجال. كما لا يفوتنا هنا أن نذكر ذلك الإسهام الهام لكل من ولیم جیمس William James، وفرانسیس جالتون Galton، وجیمس مکین کاتل James McKean Cattell، في إرساء الأساس العلمي لعلم النفس واستخدام الطرق الكمية والقياس النفسي.

ألفرد بينيه وقياس الذكاء:

قام ألفرد بينيه وتيودور سيمون بإعداد ونشر أول مقياس للذكاء في فرنسا سنة ١٩٠٥، وذلك بهدف التمييز بين الأطفال المتخلفين والأطفال العاديين. كما قام بينيه بإصدار مراجعة للمقياس في سنة ١٩٠٨ وكذلك في سنة ١٩١١. وقام لويس تيرمان Terman في سنة ١٩١٦ بإعداد المراجعة الأمريكية الشهيرة للمقياس، فيما يعرف باسم مقياس ستانفورد - بينيه للذكاء. ولا شك أن لمقياس بينيه مكانة خاصة في تاريخ علم النفس الإكلينيكي. فلقد ظل، ولزمن طويل، ولحداً من أهم الأدوات في جعبة الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

وفي نفس العام (١٩١٦) أيضاً أنشأ ولیم هیل William Healy معهد السيکوباتیین الأحداث فی شیکاگو، وذلك لتقديم الإرشاد والتوجيه للأحداث الجانحين. وبرزت في تلك الفترة الحاجة إلى الخدمات النفسية الإكلينيكية.

علم النفس الإكلينيكي خلال الحرب العالمية الأولى:

لعل من أبرز التطورات خلال تلك الفترة إعداد مقياسي ألفا Alpha وبيتا Beta للنكاء، وذلك بهدف قياس نكاء المجندين في الجيش الأمريكي. كما ظهرت في ذلك الوقت أيضاً صفحة البيانات الشخصية Personal Data Sheet، والتي أعدها ودورث Woodworth، بهدف قياس العصاب النفسي لدى المجندين أيضاً. وقد ساعدت تلك الجهود على توضيح دور علم النفس الإكلينيكي وقيامه كفرع متميز من فروع علم النفس.

فترة ما بين الحربين العالميتين:

ظهرت خلال الفترة فيما بين الحربين العالميتين ثلاث اتجاهات رئيسية في علم النفس الإكلينيكي:

- ١- دخول الأخصائي النفسي إلى مجال العلاج النفسي، والذي كان من قبل حكراً على الأطباء النفسيين.
- ٢- التوسع في استخدام القياس النفسي.
- ٣- بروز الهوية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي.

وسوف نتحدث بإيجاز عن كل من هذه الاتجاهات الثلاث.

أولاً: دخول الأخصائيين النفسيين إلى مجال العلاج:

شهدت تلك الفترة زيادة واضحة في عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينكيين المشتغلين بالعلاج النفسي. وكان الكثيرون منهم يعملون في العيادات النفسية لتوجيه الأطفال في مجال علاج المشكلات التربوية للأطفال. وقد استفاد الأخصائيون النفسيون من نظريات فرويد وأدلر بصورة خاصة في عملهم خلال تلك الفترة. كما تم أيضاً تطوير أساليب العلاج باللعب لعلاج مشكلات الأطفال، وكذلك ما يسمى بالعلاج المتمركز حول العميل client-centered therapy. وخلال تلك الفترة أيضاً ظهرت بدايات العلاج السلوكي وإرهاصاته على يد كل من واطسون Watson، وراينر Rayner (١٩٢٠)، وماري كفر جونز Mary Cover Jones (١٩٢٤) وذلك في محاولاتهم لتطبيق مبادئ الارتباط الشرطي التي صاغها بافلوف في علاج مخاوف الأطفال.

ثانياً: التوسع في استخدام المقاييس النفسية:

ظهر خلال تلك الفترة أيضاً الكثير من المقاييس النفسية الشهيرة، نذكر منها

مقياس رورشاخ لبقع الحبر (١٩٢١) ومقياس سترونج للميول المهنية (١٩٣١)، ومقياس تفهم الموضوع TAT (١٩٣٥)، ومقياس بندر جشطلت (١٩٣٨)، ومقياس وكسلر بلغير (١٩٣٩). وقد أضاف ذلك الكثير من الإمكانيات والعدة والعتاد لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

ثالثاً: بروز الهوية المهنية للأخصائي النفسي الإكلينيكي:

لم يكن ميلاد مهنة الأخصائي النفسي بالأمر الهين أو اليسير. فلقد لقي ذلك مقاومة من بعض الأطباء النفسيين الذين أرادوا أن يظل العلاج النفسي حكراً على المتخصصين في الطب النفسي. ومن ناحية أخرى رأى بعض علماء النفس في مهنة الأخصائي النفسي خروجاً على الدور الأكاديمي العلمي للمتخصص في هذا العلم. فلم يعجبهم أن يشغل علماء النفس كمهنيين يطبقون العلم. إلا أن مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي رغم ذلك بدأت تتضح وتتشكل معالمها بصورة واضحة منذ أواخر الثلاثينات استجابة لاحتياجات المجتمع.

فترة الحرب العالمية الثانية :

دخلت الولايات المتحدة الحرب العالمية الثانية عندما ضرب اليابانيون ميناء بيرل هاربر في سنة ١٩٤١. وقامت الحكومة الأمريكية بتجنيد الأفراد بأعداد كبيرة. وعندئذ ظهرت الحاجة إلى الأخصائيين النفسيين للمساعدة في اختيار الجنود وتصنيفهم. وسرعان ما امتدت خدمات الأخصائي النفسي إلى مجالات أخرى كالقيام بالعلاج النفسي الفردي والجمعي، وغير ذلك من المجالات. وقد أدت الخدمات التي قدمها الأخصائيون النفسيون خلال فترة الحرب العالمية الثانية إلى زيادة الاقتناع بقدرة الأخصائيين النفسيين على القيام بالمهام العلاجية.

التغيرات اللاحقة في أعقاب الحرب العالمية الثانية :

لعل من أهم التطورات التي أعقبت الحرب العالمية الثانية ترسيخ دور الأخصائي النفسي، وكذلك إعداد البرامج الدراسية الأكاديمية والتدريبية الخاصة التي تقوم بإعداد الأخصائي النفسي للقيام بهذا الدور. وقد شكلت رابطة علم النفس الأمريكية APA لجنة خاصة برئاسة شاكو David Shakow بهدف وضع برنامج نموذجي للتعليم والتدريب الإكلينيكي. وقد نشرت توصيات هذه اللجنة ونتائج أعمالها في التقرير المعروف باسم تقرير شاكو في سنة ١٩٤٧. وقد تضمن التقرير رأى اللجنة القائل بأن التدريب في علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعمل على إعداد أخصائيين مؤهلين للقيام بمهام البحث العلمي بجانب الفحص النفسي والعلاج.

وقد أيد مؤتمر رابطة علم النفس الأمريكية والذي عقد في مدينة بولدر بولاية كولورادو سنة ١٩٤٩ توصيات اللجنة، ووافق المؤتمر على أن تدريب الأخصائيين النفسيين يجب أن يتبنى نموذج "العالم-المهني"، وليس مجرد إعداد وتدريب حرفيين. وبذلك فقد تبنى المؤتمر ذلك التصور النموذجي الذي صاغته لجنة شاكو. كما يلاحظ أنه قصر العمل الإكلينيكي على الحاصلين على درجة الدكتوراه ممن استكملوا التدريب اللازم أيضاً. وقد عرف هذا النموذج فيما بعد باسم نموذج بولدر. وقد ظل هذا النموذج سائداً دون اعتراض أو تحد حتى سنة ١٩٥٨، حين وافق مؤتمر التعليم العالي لعلم النفس على بحث إنشاء برامج دراسية تركز على التدريب العملي أو التطبيقى لعلم النفس دون التركيز على الشق الخاص بدور الأخصائي كباحث أو عالم. وقد تأثر تدريب وإعداد الأخصائي النفسي في البلاد الأخرى بما تم إنجازه في الولايات المتحدة. فمثلاً في بريطانيا بدأ تدريس علم النفس الإكلينيكي في معهد المودزلى في سنة ١٩٤٨. وقام أيزنك بدور بارز في مجال البحوث والدراسات المتصلة بعلم النفس الإكلينيكي، إلا أنه كتب في وقت من الأوقات يقول إن نتائج العلاج النفسي لا تختلف عن الشفاء التلقائي بدون تلقي العلاج. وقد رأى أيزنك أن على الأخصائيين النفسيين أن يشغلوا أنفسهم بأنشطة البحث العلمي والفحص النفسي.

علم النفس الإكلينيكي في الستينات :

أصدر الرئيس جون كينيدي في سنة ١٩٦٣ قانون الصحة النفسية للمجتمعات المحلية Community Mental Health Act. وكان الهدف من إصدار هذا القانون هو خفض عدد المرضى العقليين الذين كانت تؤويهم مستشفيات الصحة النفسية الحكومية في ذلك الحين. فلقد كان من المعتاد أن يصل تعداد المرضى بالمستشفى الواحد إلى عدة آلاف. وقد وفر هذا القانون الأموال اللازمة لإنشاء وتشغيل شبكة ضخمة شاملة من مراكز الصحة النفسية المحلية، بحيث أصبحت مراكز الصحة النفسية في كل مكان، سواء في القرى أو المدن، وفي الريف أو الحضر. وقد أدى ذلك إلى زيادة الحاجة إلى المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي زيادة هائلة، وذلك للعمل على مساعدة المرضى الذين أخرجتهم المستشفيات في أعقاب ثورة العقاقير أو الأدوية النفسية، ولعلاج غيرهم أيضاً خارج المستشفيات.

وشهدت الستينات أيضاً بداية تيار ضخيم هو تيار العلاج السلوكي المعاصر، وذلك منذ أن نشر جوزيف ولبه كتابه الشهير المسمى "العلاج النفسي عن طريق الكف المتبادل" (J. Wolpe, 1958) والذي عرض فيه لتطبيق طرق العلاج النفسي المبنية على أساس مبادئ الارتباط الشرطي التي صاغها بافلوف من قبل. وقد أتيح لكاتب

هذه السطور قراءة هذا الكتاب في سنة ١٩٦٠ عندما كان طالباً في دبلوم علم النفس التطبيقي بجامعة القاهرة، حيث وجد الكتاب حينئذ بالمكتبة الأمريكية بالقاهرة.

مؤتمر فيل Vail Conference:

عقد مؤتمر فيل في سنة ١٩٧٣. وقد ركز بدرجة كبيرة على جانب التدريب المهني للأخصائي النفسي الإكلينيكي، ورأى أن الدراسة النظرية يجب أن تكون وثيقة الاتصال بالممارسة الإكلينيكية بجانب عمقها الأكاديمي. كما أن التدريب الإكلينيكي العملي المكثف ينبغي أن يبدأ منذ العام الأول تحت إشراف أخصائيين إكلينكيين مؤهلين. وقد اقترح البعض إعطاء درجة الدكتوراه في علم النفس بدلاً من درجة الدكتوراه العادية: دكتوراه الفلسفة في علم النفس. وبذلك تشبه تلك الدرجة درجة الدكتوراه في الطب مثلاً أو طب الأسنان. على أنه يلاحظ أن تقرير فيل لم يحظ بنفس الدرجة من القبول التي حظى بها تقرير بولدر. فالتدريب الحرفي للأخصائي النفسي لا يغني عن تنمية مهارات البحث العلمي، وتعميق التمكن العلمي.

علم النفس الإكلينيكي في مصر:

أنشئت أول عيادة للصحة النفسية في مصر في معهد التربية للمعلمين في سنة ١٩٣٤. كما بدأ تدريس مقرر علم النفس الإكلينيكي في جامعة عين شمس في سنة ١٩٥٤. أما في جامعة القاهرة فقد تم تدريس مقرر علم النفس الإكلينيكي لأول مرة في العام الجامعي ١٩٥٩ / ١٩٦٠، عندما افتتح دبلوم علم النفس التطبيقي. وقد أخذت الدراسة بجامعة القاهرة منحى غلب عليه الاتجاه السلوكي، بينما غلب الاتجاه الدينامي والتحليلي-النفسي على الدراسة في جامعة عين شمس. ويتم تدريب الأخصائيين النفسيين غالباً في دبلومات الدراسات العليا، حيث مازالت درجات الدكتوراه والماجستير تركز بصورة شبه كاملة على إجراء البحوث العلمية النظرية. وقد تم التركيز على تدريب الأخصائيين النفسيين على تطبيق الاختبارات النفسية مع قليل من الاهتمام بالعلاج النفسي.

دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يعمل الأخصائيون النفسيون في وقتنا الحاضر في الكثير من مواقع العمل: في المستشفيات العامة، ومستشفيات الصحة النفسية، والعيادات النفسية الخارجية، والمدارس، وأجهزة القضاء والسجون، والقوات المسلحة، إلى جانب مجالات التدريس والبحث العلمي، وغيرها كثير. وفي كل موقع من هذه المواقع يقومون بالكثير من

المهام والمسؤوليات التي قد تختلف من موقع لآخر. وسوف نتحدث هنا بإيجاز عن أهم تلك الأعمال أو المسؤوليات التي يقوم بها الأخصائي النفسي.

أولاً: الفحص النفسي:

يعتبر الفحص النفسي واحداً من أهم المسؤوليات التي يضطلع بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. بل لقد ارتبط الفحص النفسي ارتباطاً وثيقاً في أذهان الكثيرين بدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي حتى أن بعضهم أطلق عليه "أخصائي القياس النفسي" psychometrician. وقد جاء وقت كان القياس النفسي هو المهمة الرئيسية للأخصائي النفسي. إلا أن الوضع تبدل كثيراً في وقتنا الحاضر خاصة في الولايات المتحدة، ولم يعد للقياس النفسي الغلبة في الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي. ويستخدم الأخصائي النفسي في عمله الكثير من وسائل الفحص وأدوات القياس ومناهجه. ويمكننا أن نلاحظ بوجه عام أن هناك بعض الأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون الاختبارات النفسية بصورة منتظمة، بينما البعض الآخر يستخدم ما نسميه بوسائل الفحص السلوكي والمعرفي.

ويختلف الفحص النفسي السلوكي والمعرفي عن القياس النفسي التقليدي اختلافاً بيناً. فبينما تستهدف المقاييس النفسية التقليدية التعرف على سمات أو أبعاد الشخصية أو الخصائص شبه الثابتة للشخصية، فإن الفحص النفسي السلوكي يستهدف التعرف على مكونات السلوك وما يصاحب هذا السلوك (ويسبقه أو يعقبه) من متغيرات داخلية أو خارجية لدى شخص بعينه. كذلك فإن القياس النفسي التقليدي يستهدف أساساً المساعدة في عملية التشخيص، أما الفحص النفسي السلوكي والمعرفي فيهدف إلى خدمة العملية العلاجية بصورة مباشرة. وتصنف الاختبارات النفسية عادة إلى عدد من الفئات، نوجزها فيما يلي:

- ١- قياس الذكاء والقدرات.
- ٢- قياس الشخصية بالمقاييس الإسقاطية.
- ٣- قياس سمات الشخصية بالمقاييس الموضوعية.
- ٤- القياس النفسي العصبي.

وإلى جانب استخدام المقاييس النفسية في المساعدة على التشخيص الدقيق للحالات، فإنه يستخدم أيضاً في تقييم آثار العلاج. وفي هذه الحالة يتم إعطاء الاختبارات النفسية للمريض قبل بداية العلاج وبعد انتهاء العلاج، ثم تتم مقارنة النتائج لتحديد آثار العلاج.

كذلك يستخدم الفحص النفسي بوجه عام في عملية التخطيط العلاجي، أو رسم

الخطة العلاجية. وذلك بتوضيح طبيعة المشكلات التي يعاني منها المريض، وأبعاد تلك المشكلات، ومظاهرها المختلفة، ومن ثم تحديد أساليب التدخل العلاجي الملائم لحل تلك المشكلات.

ولقد تطور استخدام المقاييس النفسية تطوراً كبيراً في وقتنا الحاضر. فلقد أصبح في وسع الأخصائي النفسي استخدام الحاسب الإلكتروني (الكمبيوتر) في تطبيق وتصحيح الاختبارات النفسية، بل والحصول على تقرير مبدئي يعده الكمبيوتر بناء على درجات المريض على المقياس. ويستخدم الأخصائي النفسي هذا التقرير المبدئي عادة في إعداد التقرير النهائي أخذاً في الاعتبار المعلومات الأخرى المتوفرة عن المريض والظروف والمتغيرات المختلفة المتصلة بالمريض وبتاريخ حياته. وكما أشرنا من قبل فإن كثيراً من الأخصائيين النفسيين في وقتنا الحاضر يفضلون ممارسة العلاج النفسي على تطبيق الاختبارات النفسية. ومع ذلك تظل الحاجة قائمة لاستخدام الاختبارات النفسية نظراً لما تقدمه من خدمات كبيرة في الفحص النفسي والمساعدة في عملية التشخيص.

ثانياً: العلاج النفسي:

يعتبر العلاج النفسي في وقتنا الحاضر أحد المهام الرئيسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، إن لم يكن أهمها على الإطلاق. فالعلاج النفسي يعتبر بمثابة الدور الرئيسي بالنسبة للغالبية العظمى من الأخصائيين النفسيين. وتتنوع الاتجاهات أو المدارس العلاجية التي ينتمى إليها المعالجون النفسيون، وإن كان معظمها يتراوح بين الاتجاهات السلوكية والمعرفية من ناحية والاتجاهات الدينامية أو التحليلية من ناحية أخرى. كما يشيع أيضاً استخدام أساليب التنويم وأساليب مراقبة الوظائف البيولوجية biofeedback. ويلاحظ أيضاً أن الكثير من المعالجين يتبنون اتجاهات توفيقية، حيث يستخدمون أساليب متنوعة تنتمي إلى مدارس مختلفة. ويعتمد اختيار هؤلاء للأساليب العلاجية على مدى نجاح أو فعالية تلك الأساليب.

ويأخذ العلاج النفسي صوراً عديدة مثل العلاج النفسي الفردي، والجمعي والسيكودراما، والعلاج الأسري، والعلاج باللعب، والعلاج بالفنون، والعلاج بالتنويم الخ.. وسوف نعرض هنا بإيجاز لأكثرها شيوعاً:

١- العلاج النفسي الفردي individual therapy:

وهو أكثر صور للعلاج النفسي شيوعاً. وكما يشير الاسم فإن المعالج يلتقي بالمريض في جلسات فردية، تقتصر على المعالج والمريض فقط. وبالطبع يستخدم المعالجون النفسيون من مختلف المدارس العلاجية هذا الشكل من العلاج. وتستغرق

جاسة العلاج عادة حوالى ساعة (٥٠ دقيقة)، وتترك الدقائق العشر الأخيرة عادة لكتابة ملخص الجلسة العلاجية. كما يقوم المعالج بتكليف المريض القيام ببعض المهام فيما بين جلسات العلاج، مثل تسجيل الملاحظات عن السلوك أو المشاعر أو الأفكار وعن المواقف التى تحدث فيها تلك الاستجابات، ومدى استمرارها أو تكرارها. ويقوم المعالج بمناقشة تلك الملاحظات مع المريض خلال جلسات العلاج.

٢- العلاج النفسي الأسرى family therapy:

يقدم الأخصائي هنا العلاج النفسي فى جلسات تشمل أفراد الأسرة معاً خلال نفس الجلسة الواحدة. وقد يحضر تلك الجلسات كل من الزوج والزوجة والأولاد، وأحياناً الجد أو الجدة أو الأعمام والعمات أو الأخوال والخالات أو غيرهم ممن يرى المعالج أن وجودهم فى بعض الجلسات له أهمية خاصة. وهناك خطأ شائع فى بعض الأوساط، حيث يتصور البعض أن العلاج الأسرى يستخدم فقط لعلاج الخلافات العائلية. ولكن الحقيقة أن العلاج الأسرى يستخدم لعلاج الكثير من المشكلات النفسية، كالإكتئاب النفسي، واضطرابات القلق النفسي، كالفوبيا، والوسوس، وكذلك الفصام، والسلوك الجانح وتعاطى الخمر والمخدرات والقمار، أو علاج مشكلات الأطفال كالتبول اللاإرادى وغيرها. والافتراض الأساسى وراء العلاج السلوكى أن الكثير من الاضطرابات النفسية هى انعكاس لمشكلات داخل الأسرة كاختلاط الأدوار، والصراعات، وصعوبات التواصل بين أفراد العائلة، أو غياب دور أحد رؤوس العائلة، وغير ذلك من المشكلات التى يعمل المعالج على تصحيحها داخل الأسرة. وعادة يلتقى المعالج بالأسرة معاً فى نفس الجلسة، أو مع بعض أفرادها دون بعضهم، وكثيراً ما يدعى الأقارب كالأجداد إلى الانضمام إلى بعض الجلسات. ويحلل المعالج كيفية تفاعل أفراد الأسرة مع بعضهم البعض، كما يلاحظ المعالج كيفية جلوس أفراد العائلة أثناء جلسة العلاج، والتى تعكس علاقتهم وتفاعلاتهم. ويعمل المعالج على تغيير الأنماط الخاطئة فى التفاعل داخل الأسرة. كما يوجه المعالج أفراد الأسرة إلى الحديث والتفاعل مع بعضهم البعض داخل جلسة العلاج، بدلاً عن توجيهوا إليه الكلام أو الأسئلة. وهناك أشكال أو صور مختلفة من العلاج العائلى يضيق المقام هنا عن ذكرها. ويمكن الرجوع إلى كتابات المختصين فى مجال العلاج العائلى للتعرف على المدارس وعلى الأساليب المختلفة. أنظر مثلاً: A.S. Gurman & D.P. Keniskern, 1991).

٣- العلاج النفسي الجمعى group therapy:

شاع استخدام العلاج الجمعى خلال الحرب العالمية الثانية، عندما أدت ضغوط الحرب إلى ظهور الكثير من حالات المرض النفسى، بحيث زادت الحاجة

إلى العلاج عن طاقة المعالجين. ولكن سرعان ما تحول العلاج النفسي الجمعي إلى أن يصبح منهجاً في العلاج له قواعده وأصوله وأساليبه الخاصة. وينفرد العلاج الجمعي بكثير من المزايا، فهو يمكن من علاج عدد كبير من الأفراد في وقت محدود وبجهد وتكاليف أقل. كما أنه يوفر للمريض بيئة مواتية يستطيع فيها ممارسة وتجربة المهارات الجديدة التي تعلمها خلال العلاج، كما يتاح له أن يتلقى التشجيع والمواظرة^(١) الاجتماعية. ويستخدم العلاج الجمعي في علاج كثير من المشكلات كالقلق، والاكتئاب، والتحكم في الغضب، واضطرابات تناول الطعام، ومشكلات الأدمان على الخمر والمخدرات. وهناك أشكال وصور عديدة من العلاج الجمعي، فهناك مثلاً العلاج الجمعي الدينامي، والعلاج الجمعي السلوكي، وهناك العلاج الجمعي التعليمي أو التدريبي، وهناك جماعات المواجهة. أنظر مثلاً: (W.H.Friedman,1989; M. McKay & K. Paleg, 1992; I. Yalom, 1975).

إجراء البحوث :

لا شك أن إجراء البحوث هو أحد المهام أو المسؤوليات الرئيسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي. فهو بحكم إعدادة وتدريبه يستطيع إجراء البحوث المنهجية في المجالات المختلفة للصحة النفسية، سواء في ذلك البحوث المتصلة بالعلاج، أو البحوث المتصلة بطبيعة الأمراض النفسية، وعلاقتها بالمتغيرات المختلفة. ولقد شاع القول بأن علم النفس الإكلينيكي هو امتداد توسعي لعلم النفس العام، إلا أننا نرى أن علم النفس الإكلينيكي قد أضاف الكثير إلى علم النفس العام ذاته وإلى معرفتنا عن الإنسان. فلقد أصبح علم النفس الإكلينيكي أشبه شئ بمعمل أو ميدان بحث خرجت منه الكثير من المفاهيم والمعلومات والفروض والنظريات التي أثرت على علم النفس.

ومن مجالات البحث الإكلينيكي الشائعة:

- ١- دراسة احتياجات المجتمع واحتياجات المرضى
- ٢- دراسة مدى انتشار الأمراض النفسية epidemiology
- ٣- تقييم آثار العلاج النفسي.
- ٤- قياس مدى رضا^(٢) المرضى (أو العملاء) عن الخدمات المقدمة.
- ٥- تقنين وتطوير أدوات القياس.

1 - support.

2 - satisfaction

التدريب وتقديم الاستشارات النفسية :

يقوم كثير من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين بتدريب المساعدين على تنفيذ الخطط العلاجية التي يضعها الأخصائي النفسي لعلاج أو تغيير السلوك. ومثال ذلك برامج الاقتصاد الرمزي token economy والتي سوف نتكلم عنها فيما بعد، حيث يقوم هؤلاء المساعدون بملاحظة سلوك الأفراد، وكذلك بتدريبهم على القيام بالمهارات السلوكية، وبإعطائهم التدعيم أو المكافآت التي تعمل على تثبيت تعلم تلك المهارات. كما يقدم الأخصائي النفسي المشورة إلى جهات الإدارة وغيرها بالنسبة لمواجهة أو علاج المشكلات السلوكية أو مشكلات العمل والروح المعنوية.

وهناك عدد من الأدوار الأخرى التي يقوم بها الأخصائيون النفسيون مثل إدارة العيادات ومؤسسات الصحة النفسية، وهو ما كان حتى وقت قريب مسؤولية الطبيب النفسي. ومن الأدوار الأخرى القيام بتصميم وإدارة برامج التحسين المستمر للجودة continuous quality improvement. فالخدمات النفسية مثلها في ذلك مثل الخدمات الأخرى أو مثل المنتجات الصناعية تحتاج إلى جهد مستمر لتحسين الجودة وتلافى العيوب وأوجه القصور. ويتم ذلك بإعداد سياسات وإجراءات واضحة ومفصلة للقيام بمختلف المهام داخل العيادة سواء منها ما يتصل بالفحص أو العلاج أو قبول المرضى أو غير ذلك من الخدمات. كما يشمل ذلك أيضاً الفحص المستمر لملفات المرضى وتحسين أساليب تسجيل وحفظ المعلومات، واكتشاف الأخطاء وأوجه القصور وإصلاحها أولاً بأول، وتقديم التدريب اللازم لمنع تكرار حدوث المشكلات.

الإسعاف النفسي :

يقوم الأخصائيون النفسيون بالمساعدة في مواجهة آثار الكوارث الطبيعية أو الحوادث الكبرى والعنف أو الحروب. وفي هذا الصدد تقوم فرق مدربة تدريباً خاصاً بالسفر إلى تلك المواقع وتقديم المساعدة النفسية بصورة جماعية أو فردية أو أسرية للتغلب على الآثار الحادة أو المزمنة للكوارث والصدمات النفسية.

المنظورات الرئيسية في مجال الصحة النفسية :

الإنسان ليس بالكائن البسيط أو وحيد الخلية، بل هو كائن حي شديد التعقيد من حيث التكوين والنمو. والإنسان ولا شك كائن حي له زوايا متعددة: بيولوجية، اجتماعية، وأخلاقية، وروحانية. والإنسان ليس وُلِدَ اللحظة، بل هو تاريخ يمتد منذ الميلاد وحتى الموت، بل يرى البعض أن تاريخه الحقيقي يبدأ قبل ميلاده. وهو فوق

ذلك يحمل تاريخ أجيالها السابقة وخبراتها وآلامها وأحلامها. ونظراً لتنوع جوانب الإنسان فهناك علوم مختلفة تتناول الإنسان بالدراسة من منظورات مختلفة. كما أن هناك وجهات نظر مختلفة حول الجوانب المختلفة من حياة الإنسان. وسوف نعرض فيما يلي لأهم تلك المنظورات التي حاولت أن تشرح كيفية نشأة السلوك السوي والمرضى، وأن تقدم الأسس التي يجب اتباعها في علاج المشكلات.

أولاً: المنظور الفسيولوجي:

كثيراً ما يشار إلى هذا المنظور على أنه المنظور الطبي. فهو ينظر إلى الأمراض النفسية من نفس المنظور الذي ينظر منه الطبيب إلى المرض الجسمي. فحسب المنظور الطبي يأخذ المرض الجسمي صورة أعراض مرضية كارتفاع درجة الحرارة، أو الصداع، أو الإغماء، أو الآلام الجسمية. لكن وراء تلك الأعراض توجد عملية مرضية. فالميكروبات تهاجم خلايا الجسم وأعضائه مما ينتج عنه حالة المرض. وقد يحدث المرض أيضاً كنتيجة لاختلال الوظائف الجسمية، كما هو الحال في مرض السكري الذي ينشأ عن اختلال وظائف البنكرياس. وبالنسبة للأمراض النفسية فإن هناك بعض الاضطرابات التي ترتبط بصورة واضحة باختلال الوظائف الفسيولوجية. ومن أمثلة ذلك اختلال وظائف الغدة الدرقية والذي يؤدي إلى الكثير من الاضطرابات النفسية. فانخفاض هرمون الثيروكسين يؤدي إلى مرض القصور^(٣)، وتعطل النمو العقلي. وقد يؤدي اختلال وظائف الغدة الدرقية في أحيان أخرى إلى مرض المكسيديميا^(٤)، حيث يفقد المريض اهتمامه بالعالم الخارجي، كما يعاني في كثير من الأحيان من أعراض الاكتئاب الذهاني، أو الاعتقادات الخاطئة، أو قد يؤدي أيضاً إلى تدهور الذاكرة والعادات والسلوك، إذا لم يتلقى المريض العلاج بهرمون الغدة الدرقية (أحمد عكاشة، ١٩٧٢). ومن ناحية أخرى تؤدي الزيادة في إفراز الغدة الدرقية إلى مرض جريفز Graves، حيث تزيد سرعة عمليات البناء والهدم، وسرعة النبض، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التهيج العصبي، وعدم الاستقرار الحركي والانفعالي. وكثيراً ما تشخص خطأ على أنها حالة قلق نفسي.

كما تؤدي حالة انخفاض سكر الدم hypoglycemia إلى أعراض القلق والرعدة النفسية panic والتهيج. كما يفسر الكثيرون أمراض الفصام والاكتئاب والذهان الدوري بأنها ترجع إلى اختلال في الكيمياء الحيوية للجهاز العصبي. كما يتمسك أنصار المنظور الفسيولوجي بأهمية الوراثة في حدوث الاضطرابات النفسية. ويترتب

3 - cretinism.

4 - Myxedema.

على هذه النظرة الفسيولوجية للاضطرابات النفسية استخدام العقاقير أو الجراحة أو الصدمات الكهربائية في علاج تلك الاضطرابات النفسية.

المنظور التحليلي النفسي:

ربما كان هذا المنظور أكثر المنظورات شيوعاً. وقد أسسه أبو التحليل النفسي سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩). وسوف نتحدث هنا بإيجاز عن هذا المنظور والذي سيأتى الحديث عنه بشيء من التفصيل فيما بعد عند حديثنا عن العلاج النفسي التحليلي.

وقد قسم فرويد الأجهزة النفسية إلى ثلاث أجهزة هي: الأنا، والهو، والأنا الأعلى. ويرى فرويد أن الهو يمثل الطاقة النفسية، وهو يعمل تبعاً لمبدأ اللذة pleasure principle وعند إرضاء الهو ينخفض التوتر. فمثلاً، عندما يشعر الطفل بالجوع يتحرك ويقوم بامتصاص الثدي للحصول على الإشباع. ويؤدي هذا الإشباع الفعلي إلى خفض آلام الجوع وتوتراته. وهناك وسيلة أخرى للإشباع البديل وذلك عن طريق الخيال، حيث يتخيل الطفل الثدي مما يعطيه بعض الإرضاء المؤقت. وقد أطلق فرويد على ذلك اسم العملية الأولية primary process، وهي العملية التي تقوم بتوليد الصور المرغوبة. أما الأنا فينبثق عن الهو خلال النصف الثاني من العام الأول للطفل. ويسير الأنا حسب مبدأ الواقع reality principle. ويحاول الأنا الوصول إلى تحقيق مطالبه باستخدام عمليات التخطيط، واتخاذ القرارات، وهو ما أسماه فرويد بالعملية الثانوية.

أما الأنا الأعلى فيختزن المعايير الأخلاقية للمجتمع كما تنتقل إليه عبر الوالدين، وهو يرادف مانسميه بالضمير. وعندما يدفع الهو بنوازع الغريزية الأنا إلى البحث عن الإشباع، فإن على الأنا أن يتكيف ليس فقط مع متطلبات الواقع بل أيضاً مع الأحكام الأخلاقية للأنا الأعلى. ويطلق على هذا التفاعل ديناميات الشخصية. وقد رأى فرويد أن الكثير من العمليات النفسية تتم دون وعي من الإنسان، أي أنها تتم في حيز اللاشعور. كما أن غرائز الهو وأيضاً الكثير من أنشطة الأنا الأعلى تتم دون وعي من الإنسان. أما الأنا فهو أساساً شعوري، وإن كان له أيضاً بعض المظاهر اللاشعورية التي يطلق عليها ميكانيزمات الدفاع، والتي تحمي الإنسان من القلق.

كما وصف فرويد مراحل النمو الرئيسية. فالشخصية تتطور من خلال أربعة مراحل أساسية:

١- المرحلة الفمية.

٢- المرحلة الشرجية.

٣- المرحلة القضيبية (من سن ٣ إلى سن ٥ أو ٦ سنوات).

مرحلة الكمون (وهي لا تعتبر مرحلة من مراحل النمو النفسي- الجنسي، من سن ٦ إلى ١٢ سنة).

٤- المرحلة التناسلية.

ويتحدث فرويد عن منشأ القلق النفسي. وقد قدم فرويد نظريتين في القلق. وفي النظرية الأولى والتي قدمها سنة ١٨٩٥ فسر فرويد القلق على أنه ينشأ كنتيجة لكبت الرغبات والحوافز اللاشعورية. إلا أنه قدم فيما بعد سنة ١٩٢٦ نظرية جديدة في القلق ترى أن القلق حول الحوافز اللاشعورية هو الذي يؤدي إلى كبت تلك الحوافز. وحسب النظرية الأولى ينشأ القلق عن وجود رغبات وحوافز مكبوتة، أما حسب النظرية الثانية فالفرد يعاني من القلق لأنه يخاف من حوافزه ورغباته.

فالقلق العصابي هو عبارة عن خوف من النتائج الخطيرة التي يتوقعها الفرد إن هو سمح لحوافز الهو بالتعبير عن نفسها. ويؤدي عدم وعي الفرد بهذه الصراعات إلى القلق العصابي. كذلك يتحدث فرويد عن القلق الموضوعي والذي هو عبارة عن استجابة الفرد للخطر الخارجي، كما يتحدث عن القلق الأخلاقي، وهو عبارة عن الخوف من عقاب الأنا الأعلى أو الضمير والشعور بالذنب أو بالعار.

النظريات التحليلية الجديدة:

ظهرت عدة منظورات تحليلية تخالف نظرية فرويد من ناحية أو أخرى. ومن أوائل من انشقوا عن فرويد كل من كارل يونج Karl Jung وألفرد أدلر Alfred Adler. كما جاء بعد ذلك محللون نفسيون آخرون مثل إريك إريكسون Eric Erikson، وكارن هورني Karen Horney، وهاري سناك سالفان Hary Stack Sullivan، وغيرهم. ويرجع الاختلاف بينهم إلى درجة تأكيد كل منهم على أهمية جانب أو آخر أو قضية أو أخرى. كالتأكيد مثلاً على أهمية الهو أو الأنا، أو التأكيد على أهمية الوظائف البيولوجية في مقابل الظروف الثقافية والاجتماعية، أو على الحوافز الجنسية في مقابل تأكيد الذات، أو التأكيد على أهمية خبرات الطفولة في مقابل الخبرات التي يمر بها الفرد في مراحل العمر التالية.

ويعتمد العلاج التحليلي على التداعي الحر للوصول إلى مكونات اللاشعور، وصراعاته الداخلية، كما يستعان بتحليل الأحلام والهفوات وغيرها. ويهتم المحللون المعاصرون اهتماماً كبيراً بتحليل ميكانيزمات الدفاع والتي هي بمثابة الأدوات اللاشعورية للأنا لتجنب القلق.

المنظور السلوكي:

يدين المنظور السلوكي تاريخياً بالكثير للعالم السوفييتي بافلوف رائد التعلم والارتباط الشرطي. فمن خلال تجاربه الرائدة تم الكشف عن الكثير من مبادئ وقوانين السلوك والتي تشرح عمليات التعلم عند الإنسان والحيوان. وقد وجد بافلوف أن تقديم منبه محايد مثل صوت جرس قبل إعطاء الطعام للكلب عدة مرات يؤدي إلى حدوث ارتباط شرطي بين صوت الجرس وإفراز اللعاب. وبالمطبع لم تكن هناك رابطة في الأصل بين صوت الجرس وإفراز اللعاب. وفي هذه الحالة نطلق على صوت الجرس اسم المنبه الشرطي وعلى إفراز اللعاب الاستجابة الشرطية. كما يلاحظ هنا أيضاً أن إفراز اللعاب فعل منعكس طبيعي لا يسيطر عليه الكائن الحي (أو الإنسان) سيطرة مباشرة. وهو في ذلك يشبه الكثير من الاستجابات الانفعالية عند الإنسان كانهالات الخوف مثلاً.

وقد أجرى بافلوف وتلاميذه الكثير من التجارب التي كشفت عن الأبعاد المختلفة لظاهرة الارتباط الشرطي. فتكرار تقديم المنبه الشرطي بدون التدعيم (الطعام) مرات عديدة يؤدي إلى تناقص إفراز اللعاب ثم توقفه. وهذا ما أطلق عليه بافلوف اسم الإنطفاء الشرطي^(٥). على أن هذا الكف لا يدمر الاستجابة الشرطية، بل إننا نجد أنه بعد أن يأخذ الحيوان قسطاً من الراحة تعود الاستجابة الشرطية إلى الظهور عند تقديم المنبه الشرطي، ودون الحاجة إلى أي تدعيم جديد.

كذلك لاحظ بافلوف أيضاً أنه بعد أن يتعلم الكائن إصدار الاستجابة رداً على منبه شرطي معين، فإنه يصدر هذه الاستجابة للمنبهات المشابهة للمنبه الأصلي. وتسمى هذه الظاهرة بالتعميم^(٦). على أنه يمكن من خلال إعطاء التدعيم عقب المنبه الشرطي الصحيح وعدم إعطائه عقب المنبهات الأخرى أن يتعلم إعطاء الاستجابة للمنبه الصحيح فقط. ويسمى ذلك بالتمييز^(٧). ولقد تركت تجارب بافلوف ونظرياته أثراً بالغاً على علم النفس، حيث تعد نظرية بافلوف أشهر نظريات التعلم وأبلغها تأثيراً. وعندما جاء واطسون ليعلن الثورة السلوكية سنة ١٩١٣، اعتمد كثيراً على نظرية بافلوف في شرح تعلم السلوك وتغيير العادات.

وقد تمسك السلوكيون تمسكاً شديداً بمتطلبات المنهج العلمي، واعتبروا أن الملاحظة والتجربة هي أساس دراسة سلوك الإنسان، ورفضوا منهج الاستبطان الذي ساد علم النفس من قبل منذ أيام وليام فونت. والتزمت السلوكية

5 - extinction

6 - generalization.

7 - discrimination.

بالموضوعية^(٨) في إجراء الملاحظات، وبالإجرائية^(٩) في صياغة المفاهيم. وكما ذكرنا من قبل فقد قام واطسون وماري كفر جونز بتجارب لتطبيق مبادئ الارتباط الشرطي على المخاوف عند الأطفال. وفيما بعد طبق ولبه مفاهيم الارتباط الشرطي في العلاج السلوكي للفوبيات، وذلك باستخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم. ومنذ ذلك الحين ازدهرت حركة العلاج السلوكي ازدهاراً كبيراً.

الارتباط الشرطي الإجرائي :

قام سكينر Skinner بتطوير قانون الأثر الذي قدمه ثورنديك Thorndike من قبل وذلك من خلال التجارب العديدة التي أجراها على الحيوانات والطيور. وتم إجراء التجارب فيما بعد على الإنسان. وتبعاً للارتباط الشرطي الإجرائي^(١٠) فإن مكافأة أو تدعيم السلوك عقب حدوثه مباشرة يؤدي إلى زيادة تكرار حدوث هذا السلوك. ومن خلال التجارب العديدة التي أجراها سكينر وتلاميذه أمكن صياغة المبادئ الأساسية للارتباط الشرطي الإجرائي. فقد قارن سكينر بين أنظمة أو جداول التدعيم المختلفة لتحديد أيها أكثر فعالية في تعلم السلوك ومقاومة للانطفاء. كما تم تطوير أساليب تشكيل السلوك والتي تمكن من تعليم سلوك معقد نسبياً للحيوانات أو للأطفال أو للأشخاص المتخلفين عقلياً. وقد امتد تطبيق مبادئ الارتباط الشرطي إلى علاج المرضى النفسيين كالفصامين المزمنين، أو تغيير سلوك الأحداث الجانحين، عن طريق نظم المكافأة الرمزية للسلوك المرغوب.

المنظور المعرفي:

جاء المنظور المعرفي بمثابة ثورة أخرى في علم النفس بعد الثورة السلوكية. ويركز على النفس المعرفي على دراسة كيفية بناء الخبرات المعرفية وإعطائها معنى وتحويلها إلى معلومات يمكن استخدامها. ويرى أنصار التعلم المعرفي أن عملية التعلم أكثر تعقيداً من مجرد تكوين روابط جديدة بين المنبهات والاستجابات. فالمتعلم يقوم بتفسير الرابطة وإعطائها معنى، كما ينظم المعلومات الجديدة في نسق المعلومات التي سبق له اكتسابها، وهو ما يشار إليه أحياناً باسم المخططات أو المنسوقات schema. وتبعاً للمنظور المعرفي فإن الاكتئاب النفسي مثلاً ينشأ عن التفكير اليائس أو اللاعقلاني، وعن النظرة السلبية إلى النفس وإلى العالم وإلى المستقبل. ومن ثم فإن

8 - objectivity.

9 - operational definition.

10- operant conditioning.

العلاج النفسي المعرفي ينطوى على مساعدة المريض على تغيير الأفكار والمعتقدات والمنسوبات المعرفية التي تؤدي إلى الاكتئاب.

المنظور الإنساني:

جاء علم النفس الإنساني بمثابة رد فعل على كل من النظريات التحليلية والسلوكية معاً. فلقد ركز السلوكيون اهتمامهم على الدراسة العلمية المفصلة لسلوك الإنسان مغفلين النظر إليه على أنه فرد يفكر ويشعر. كما أنهم ركزوا جهودهم على الدراسة التجريبية للسلوك والتي تحول الإنسان إلى مجرد أرقام وتجزئ الإنسان إلى عناصره الأساسية. كما اعترض أنصار الاتجاه الإنساني على الحتمية النفسية التي جاء بها التحليل النفسي، والتي ترى أن الخبرات الأولية للإنسان ودوافعه اللاشعورية تحدد سلوكه بصورة حتمية.

وبدلاً من ذلك ينظر أنصار الاتجاه الإنساني نظرة أكثر إيجابية للإنسان، ويرون أن الإنسان حر ومسئول عن أفعاله وعن حياته، وأن بوسع الإنسان في أى وقت أن يغير اتجاهاته وسلوكه من خلال الوعي والإرادة. كما اهتم أنصار الاتجاه الإنساني بنمو الإنسان في مجالات الإثباع والقيمة الذاتية والحب والاستقلال. وهناك خمس مسلمات أساسية عند أنصار الاتجاه الإنساني: أن الإنسان كائن يتقدم على مجموع أجزائه، وأن الإنسان موجود في سياق اجتماعي، وأن الإنسان لديه وعي، وأن الإنسان لديه حرية الاختيار، وأن الإنسان قصدي (يتصرف عن قصد وإرادة).

وقد تأثر أنصار الاتجاه الإنساني بالوجودية وبأفكار جان بول سارتر وكبير كجارد، وغيرهم. إلا أننا نلاحظ أن علم النفس الأمريكي أميل إلى التناول، ويخلو من تلك النظرة التشاؤمية القلقة التي سادت الفلسفة الوجودية الأوروبية، والتي كانت انعكاساً للحروب والصراعات الدموية التي سادت أورباً حقبة طويلة من الزمان، كان آخرها الحربان العالميتان الأولى والثانية. فعلم النفس الأمريكي الإنساني يؤكد على تحقيق الذات، وتطوير الإمكانيات.

وقد أكد كارل روجرز (وهو أحد الأعلام البارزين في الاتجاه الإنساني) أن لدى الإنسان ميل فطري لتحقيق إمكاناته في عالم الواقع. فالإنسان يحاول دائماً أن يتعلم أشياء جديدة وأن يحسن من حياته. كذلك فإن الوعي الداخلي أو ما يمكن أن نطلق عليه العالم الفينومينولوجي للفرد له أهميته البالغة. فالإنسان يكون لنفسه إطاراً مرجعياً داخلياً بناءً على جملة خبراته السابقة. ويحدد هذا الإطار فيما بعد كيفية إدراك الفرد للعالم من حوله. ولكن يتعين على الإنسان أيضاً أن يرى العالم من منظور الآخرين المحيطين به. كذلك يرى أنصار الاتجاه الإنساني أن سلوك الإنسان لا تحدده المنبهات

الخارجية بل تحدده خبرة الإنسان الخاصة أو إدراكه لتلك المنبهات. كما أن سلوك الإنسان وكل تصرفاته بل وكل وجوده يتأثر بكيفية إدراكه للعالم في أى لحظة من اللحظات.

خدمات الصحة النفسية :

شهدت خدمات الصحة النفسية تطوراً هائلاً خلال النصف الثاني من القرن العشرين. وقد شمل هذا التطور جوانب كثيرة تمتد من كيفية العناية بالمرضى، ونوع العلاجات المتوفرة، ومدى كفاءة تلك العلاجات، وكذلك المواقع التى تقدم فيها الخدمات، وتنظيمها وإدارتها. فحتى منتصف القرن العشرين كانت خدمات الصحة النفسية تقدم أساساً فى المستشفيات الحكومية، بجانب قليل من المستشفيات الخاصة وعيادات الأطباء النفسيين. وكانت تلك المستشفيات الحكومية تؤوى أعداداً هائلة من المرضى العقلين تقدر بالآلاف. وعلى سبيل المثال كان هناك فى مستشفى العباسية فى القاهرة نحو ثلاثة آلاف من المرضى العقلين من الرجال والنساء. وكانت مستشفى الخانكة تستوعب عدداً مماثلاً من المرضى الرجال. وكان أكثر هؤلاء من المرضى المزمنين الذين تركهم أهلوهم يأساً من شفائهم. وكان كثير منهم فى حالة يرثى لها. فكانوا يقضون جل وقتهم مشغولين بهلاوسهم أو أفكارهم الاضطهادية. وبعضهم يروحون ويجيئون بلا هدف فى طرقات المستشفى أو حدائقها. ولا يخلو الأمر من بعض المرضى شبه عرايا لا يدرون ما يفعلون. ولا شك أن إدارة مستشفى بهذا الحجم تمثل كابوساً فظيماً ومسئولية هائلة. وكان الكثير من المرضى يظنون بالمستشفيات حتى يدركهم الموت. وانتهى الكثير منهم أيضاً إلى حياة هامشية لا يدرون شيئاً عن العالم من حولهم، كما أنهم لا يعملون شيئاً يذكر طوال يومهم. فلم تكن المستشفيات تقدم الكثير بجانب خدمات النوم والطعام. وكان العلاج السائد حينئذ هو استخدام الصدمات الكهربائية لكل المرضى. وفى بعض الحالات كانت تستخدم صدمة الانسولين وذلك بإعطاء المرضى جرعة من الانسولين تؤدي إلى الغيبوبة. وقد توقف استخدام صدمة الانسولين بعد أن تبينت أضرارها الشديدة على الإنسان.

وجاءت ثورة العلاج بالعقاقير فى الخمسينات لتغير تماماً من خدمات الصحة النفسية فى خلال سنوات قليلة. فقد مكنت تلك الأدوية من تهدئة المرضى المتهيجين، ومن تخفيف حدة الهلوس والهذات. بل لمكن أيضاً علاج المرضى خارج المستشفيات بإعطائهم تلك الأدوية ليتناولوها فى منازلهم. وأعقب ذلك نشر الكثير من المقالات الصحفية وبرامج التلفزيون والكتب التى تكشف عن مأسى العلاج بمستشفيات الأمراض العقلية فى ذلك الحين. وبدأ إخراج المرضى من المستشفيات بأعداد كبيرة.

ولم تكن الحياة خارج المستشفيات في بداية الأمر أحسن حالاً من الحياة بالمستشفى. ففي ذلك الحين لم تكن هناك مؤسسات كافية وقادرة على استيعاب تلك الأعداد الكبيرة من المرضى وتقديم العلاج والخدمات اللازمة لهم.

وقد تنبّهت المجتمعات المختلفة إلى تلك الاحتياجات بدرجات متفاوتة. وصدرت القوانين التي تنظم تلك الخدمات وتضمن توفر العلاجات الملائمة للمرضى. ففي الولايات المتحدة مثلاً، أصدر الرئيس جون كينيدي في سنة ١٩٦٣ قانون مراكز الصحة النفسية المحلية^(١١). وقد قرر هذا القانون أن على مراكز الصحة النفسية المحلية أن تغطي خدماتها مناطق محددة. كما أن عليها أن تقدم عدداً من الخدمات الأساسية، مثل العلاج بالعيادات الخارجية، والمستشفيات (لفترات محدودة)، بجانب خدمات الطوارئ، والوقاية، وغير ذلك. وقد استهدف القانون ضمان الاستمرارية في تقديم الرعاية الصحية لمنع الانتكاسات، وتقليل الحاجة للعودة للمستشفيات. وقد اعتبر أن المسؤولية الأولى لتلك المراكز هي تقديم الرعاية للمرضى بأمراض عقلية شديدة أو مزمنة.

وفي سنة ١٩٧٧ أمر الرئيس جيمي كارتر بتشكيل لجنة لمراجعة خدمات الصحة النفسية وتقييمها. وقد أكدت تلك اللجنة بدورها على أهمية خدمات الصحة النفسية المحلية، كما أوصت بإعطاء أولوية خاصة لتغطية احتياجات المرضى المزمنين، وبتوجيه الرعاية للجماعات الخاصة، مثل الأطفال، والمراهقين، وكبار السن. كما أوصت أيضاً بتنسيق خدمات الصحة النفسية مع خدمات الصحة العامة. كما أكدت اللجنة على أهمية أنظمة المساندة الاجتماعية للمرضى، كالأُسرة، والأصدقاء، والمؤسسات الاجتماعية الأخرى.

ونتيجة لذلك فقد تطورت خدمات الصحة النفسية المحلية تطوراً كبيراً وأصبحت تغطي مختلف المناطق في الولايات المتحدة. وفي وقتنا الحاضر يعمل الأخصائيون النفسيون في تلك المراكز مع بقية أفراد الفريق العلاجي. ونجد عادة أن مديري تلك المراكز هم من الأخصائيين النفسيين أو الأخصائيين الاجتماعيين السيكياتريين.

المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين :

ينطوي عمل الأخصائي النفسي على خدمة الأفراد من خلال القيام بالكثير من المهام أو الأعمال التشخيصية والعلاجية. وهو في عمله يحتك بهؤلاء الأفراد ويعرف عنهم الكثير من المعلومات، كما أنه من خلال عمله العلاجي، وربما بفضل عمليات

11- community mental health centers.

الطرح^(١٢) والطرح المضاد، يمكن أن يقع في بعض المحاذير التي قد تؤذى المريض أذى بالغاً، أو تؤذى الأخصائي نفسه، أو قد تسمى إلى مهنة الأخصائي النفسي برمتها. والأخصائي النفسي مثله مثل الطبيب يحتاج إلى الالتزام ببعض المبادئ الأخلاقية. وقد قامت جمعية علم النفس الأمريكية منذ سنوات عديدة ببلورة وصياغة المبادئ الأخلاقية التي يتحتم على الأخصائي النفسي اتباعها. كما قامت بتقيجها وتطويرها أكثر من مرة، كان آخرها عام ١٩٩٢ (APA, 1992). وسوف نعرض بإيجاز هنا لأهم المبادئ المتعلقة بعمل الأخصائي النفسي.

أولاً: الكفاءة أو التمكن competence:

على الأخصائيين النفسيين الاجتهاد للمحافظة على مستوى مرتفع من الكفاءة والتمكن في عملهم. والأخصائيون النفسيون يدركون حدود إمكانياتهم وأساليبهم، كما أنهم يقدمون فقط تلك الخدمات والأساليب التي تم تأهيلهم لاستخدامها من خلال التعليم والتدريب أو الخبرة. كما أنهم يواصلون العمل على تطوير مهاراتهم ومعرفتهم من خلال التعليم والتدريب المستمر.

ثانياً: الالتزام الخلقي integrity:

يلتزم الأخصائيون النفسيون في ممارسة عملهم بالأمانة والعدل واحترام الآخرين. كما أنهم في وصفهم لمؤهلاتهم أو خبراتهم أو إمكانياتهم لا يستخدمون عبارات كاذبة أو خادعة أو مضللة. كذلك فإنهم في قيامهم بأعمالهم يتجنبون أية علاقات متعددة أو مزدوجة مع عملائهم وهو ما يمكن أن يكون ضاراً بعملائهم.

ثالثاً: ضمان سرية المعلومات confidentiality:

يتحمل العاملون بمؤسسات الصحة النفسية المسؤولية الكاملة عن المحافظة على سرية المعلومات عن كل الأفراد الذين يقدمون لهم الخدمات. والاستثناء الوحيد لذلك هو حالات الطوارئ التي تتعرض فيها حياة المريض أو الآخرين للخطر، ولاتوجد وسيلة أخرى للتصرف سوى إبلاغ المختصين كفرق العلاج أو المستشفيات أو الشرطة. وحتى في تلك الحالات لايعطى الأخصائي إلا القدر اللازم لمعالجة الموقف. وتشمل المحافظة على سرية المعلومات المحافظة على سرية أسماء المرضى أو هوياتهم أو إعطاء أية معلومات يمكن أن تقضى إلى معرفة هوية المريض.

والوسيلة الوحيدة لإعطاء المعلومات هي بالحصول على تصريح كتابي يوقع عليه المريض ويحدد تفصيلاً اسم الشخص المريض، والجهة التي سيتم إعطاؤها المعلومات، ونوع المعلومات بالتحديد، والهدف من إعطاء المعلومات، وتاريخ انتهاء صلاحية هذا التصريح الكتابي. ويحتاج الأخصائي إلى الحصول على هذا التصريح الكتابي لتبادل المعلومات، أو إرسال المعلومات للجهات الأخرى كالمستشفيات، والمدارس والمحاكم، أو للحصول على المعلومات من تلك الجهات.

كذلك فإنه يتم المحافظة على السرية الكاملة للمعلومات المتجمعة عن المريض مثل نتائج الاختبارات النفسية أو المعلومات الشخصية أو ملف العلاج، وذلك بوضع تلك المعلومات في خزانات يتم إغلاقها والمحافظة عليها.

احترام القيم الأخلاقية والاجتماعية للمريض :

يلتزم الأخصائي النفسي باحترام القيم والمعتقدات الأخلاقية، والدينية، والروحية، والاجتماعية للمريض. كما يتجنب الأخصائي ممارسة التمييز على أي أساس أو لأي اعتبار سواء كان ذلك على أساس الجنس أو الديانة أو المواطنة أو العجز البدني أو العقلي أو الظروف المالية أو أي اعتبار آخر.

إشراك المرضى في اتخاذ القرارات واحترام حقوقهم:

على الأخصائي النفسي إبلاغ المرضى بحقوقهم والتزاماتهم عند دخولهم المستشفى أو العيادة النفسية للعلاج. كما أن على الأخصائي النفسي إشراك المريض فعلياً في عمليات الفحص ورسم الخطة العلاجية. ولا شك أن هذه المشاركة تساعد على المشاركة الفعالة للمريض في تنفيذ الخطة العلاجية وتساعد على الوصول إلى تحقيق أهداف العلاج.

تجنب العلاقات التي يمكن أن تسبب الأضرار:

على الأخصائي النفسي أن يتجنب الدخول في أية علاقات شخصية أو مالية أو جنسية أو أي نوع آخر من العلاقات مع المرضى. كما أن على الأخصائي النفسي أن يتجنب ما أمكن تقديم الخدمات للأشخاص الذين تربطهم به علاقات وثيقة لما يحتمل أن يؤدي إليه ذلك من الضرر. وفي هذه الحالة يحتاج الأخصائي النفسي إلى تحويل هؤلاء الأشخاص إلى معالجين آخرين. وتؤدي العلاقات المعقدة إلى إحداث المشكلات للمريض حتى وإن بدأ غير ذلك للأخصائي. فالمرضى يظل ولمدة سنوات بعد إتمام

العلاج يحمل في ذهنه صورة للمعالج وتذكراً للجلسات العلاجية وما تم فيها من تواصل. وهذه الصور والتكريات ذات أهمية كبيرة في استمرار تحسن المريض بل وتقدم حالته أكثر فأكثر فيما بعد. أما إذا تعقدت العلاقة أو تنصبت فقد تؤدي إلى التدهور، بل وإلى فقدان المريض للثقة في أي معالج آخر، مما يعطل أو يحول بينه وبين الاستفادة من العلاج فيما بعد إذا احتاج إليه.

الفصل الثاني المقابلة الإكلينيكية

الفصل الثاني

المقابلة الإكلينيكية

Interview

تعتبر المقابلة^(١) أحد العناصر الأساسية في العملية الإكلينيكية، بل ربما كانت بمثابة العمود الفقري لها. فالمقابلة هي الوسيلة الرئيسية لجمع المعلومات عن المريض، وهي الوسيلة الرئيسية لممارسة العلاج النفسي.. ولا يمكن أن نتخيل العملية العلاجية بدون المقابلة. ويعلق سول جارفيلد على أهمية المقابلة بقوله إنه "تظراً للتطبيقات الواسعة التشخيصية والعلاجية للمقابلة فإن من الممكن اعتبارها أسلوباً أساسياً في العمل السيكولوجي مع الأشخاص الذين يعانون من الإضطراب النفسي" (S. L. Garfield, 1983, P. 86). بل يعتمد نجاح الفحص والعلاج إلى حد كبير على مهارة القائم بالمقابلة وخبراته ومعرفته بالسلوك الإنساني، كما يعتمد على قدرته على حسن الاتصال والقيام بالتصرف المناسب في الوقت المناسب. ويعرف جولدنبيرج المقابلة الخاصة بالفحص الإكلينيكي على أنها "مقابلة وجهاً لوجه يقوم خلالها الأخصائي بتوجيه التفاعل من أجل الحصول على المعلومات اللازمة لتكوين الفروض حول العوامل المؤثرة على مشكلات المفحوص، كخطوة في عملية تخطيط استراتيجيات التغير المحتمل" (H. Goldenberg, 1983, P. 105). بينما يعرف باركر المقابلة على أنها "لقاء بين شخصين لتبادل المعلومات.. ويمكن أن تشمل المقابلة أكثر من شخصين، أما المعلومات.. فتشمل الرسائل غير اللفظية واللفظية. ففي كثير من الأمثلة قد نخبرنا المادة غير اللفظية بأكثر مما نخبرنا به المادة اللفظية" (Philip Barker, 1990).

والمقابلة هي عملية اتصال بين شخصين أو أكثر. وهذه العملية ليست بالبساطة التي قد تبدو بها لأول وهلة.. فهي عملية اتصال عبر قنوات متعددة: سمعية وبصرية، كما يتم أثناءها ومن خلال العمل الذهني والذاكرة تنشيط قنوات الإدراك الحسي الأخرى. ويختلف الاتصال الذي يتم خلال المقابلة عما يتم في فصول الدراسة أو في وسائل الإعلام كالراديو أو التلفزيون. فالمقابلة عبارة عن طريق مزدوج مزدهم بالاتصالات الكثيفة التي تحتاج إلى قدر كبير من اليقظة والفهم وحسن التصرف.

والمقابلة الجيدة حسب سندربرج تُتصف بتوفر قدر أكبر من الجدية، والتقدم، ووجود هدف جاد أكثر مما نجده في المحادثة العادية. والمقابل مسئول عن توجيه المقابلة نحو هدف ما، ويشاركه المفحوص عادة في هذا الهدف ويقوم بتسهيل تحقيق الهدف أو الوصول إليه" (N. D. Sundberg, 1977, P. 61).

وظائف المقابلة:

تخدم المقابلة الإكلينيكية وظائف عدة نوجزها فيما يلي:

- ١- الوظيفة التشخيصية
- ٢- الوظيفة العلاجية
- ٣- البحث العلمي
- ٤- إعطاء المعلومات أو البيانات
- ٥- التعليم أو التدريب
- ٦- الإرشاد والتوجيه المهني والتربوي
- ٧- تقديم الاستشارات النفسية

ولا شك أن وظيفة المقابلة تحدد إلى حد كبير محتواها، كما تحدد الأدوار التي يقوم بها المشاركون في المقابلة والأهداف المنشودة من المقابلة، ومسارها من بدايتها إلى نهايتها... وللحق فإن هذه الوظائف لا تتواجد بصورة منفصلة إحداها عن الأخرى. بل إننا قد نجد ضمن الجلسة الواحدة مزيجاً من الاستخدام لأكثر من وظيفة واحدة من هذه الوظائف معاً. ويتضح ذلك على وجه الخصوص بالنسبة للوظيفة التشخيصية والوظيفة العلاجية، فهما يتواجدان معاً طوال العملية الإكلينيكية.

ويتم خلال المقابلة تجميع الكثير من المعلومات عن المريض سواءً منه شخصياً أو من المصادر الأخرى كالأسرة أو المدرسين أو غير ذلك من المصادر. وقد يتم مقابلة هؤلاء في حضور المريض أو في غيابه. وبالطبع يلتزم المقابل بألا يبوح بأي شيء يفضي له به المريض أو يعرفه المقابل عن المريض إلى الآخرين بدون تصريح كتابي موقع من المريض. ويحدد هذا الترخيص أو التصريح تفاصيل المعلومات المصرح بها وإلى من، كما يحدد فترة محددة من الصلاحية لهذا الترخيص.

أشكال المقابلة:

تأخذ المقابلة عدة أشكال تتفاوت فيما بينها في درجة الضبط والتقنين، وفي مقدار الحرية المتاحة للأخصائي النفسي في اختيار الموضوعات أو الأسئلة التي يسألها.

ويمكن تصنيف الصور التي تأخذها المقابلة الشخصية في ثلاث فئات تبعاً لدرجة التقنين في إجراءات المقابلة.

١- المقابلة المقننة:

وهنا يقوم الأخصائي النفسي باستخدام مجموعة محددة من الأسئلة التي يوجهها عادة كما هي دون تغيير أو تحريف في كلماتها أو حروفها. ويشيع استخدام هذا النوع من المقابلة في البحوث النفسية، وفي بعض الاختبارات النفسية الفردية. كما استخدم هذا الأسلوب أيضاً في عدد من نماذج أو بروتوكولات المقابلة التشخيصية (السيكياترية). ومن أشهر تلك النماذج التشخيصية: المقابلة الإكلينيكية المفصلة للدليل التشخيصي والإحصائي (المراجعة الثالثة) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R. وفي هذا النموذج من المقابلة يلتزم المقابل بمجموعة محددة من الأسئلة خلال معظم المقابلة. وتتميز المقابلة المقننة بتوفير درجة أكبر من التوحيد للأسئلة من حيث المضمون والصياغة بما يقلل من عنصر الذاتية، ويضمن بذلك درجة أكبر من الموضوعية. كذلك فإن المقابلة المقننة تضمن أيضاً احتمال المقابلة على كل العناصر أو الموضوعات التي يلزم تغطيتها عند جمع المعلومات. وبذلك نتجنب إغفال المقابل لبعض العناصر الأساسية نتيجة للسهو أو نتيجة للتحيزات الذاتية. غير أن المقابلة المقننة تقتصر إلى التلقائية، وإلى الانسياب الطبيعي الذي تتيحه أساليب المقابلة الأخرى. وقد يؤثر ذلك بدوره على تعاون المريض واندماجه في المقابلة.

٢- المقابلة المنظمة:

وفي هذا النوع من المقابلة لا يلتزم المقابل بأسئلة محددة معدة سلفاً، بل يحاول جمع المعلومات حول مجالات معينة في حياة المريض، ومن أمثلة ذلك جمع المعلومات حول الحياة الأسرية أو الدراسية أو المهنية أو تعاطي الخمر أو المخدرات أو العلاقات الشخصية، بحيث يتم تكوين صورة متكاملة عن كل ناحية من هذه النواحي. وبذلك نجد أن هناك مجالات أو عناصر محددة يلزم جمع المعلومات عنها، إلا أنه يترك للمقابل حرية اختيار أو صياغة الأسئلة بالصورة التي يراها مناسبة لمقتضى الحال خلال المقابلة. وقد يعيد ترتيب المجالات حسب ما يراه ملائماً للموقف. ويساعد ذلك على تحقيق التلقائية، والانسياب الطبيعي للمقابلة. كما يتمكن المقابل من تغطية المجالات المختلفة لحياة المريض، حيث يلتزم بتغطية كل بند من البنود التي تم تحديدها مسبقاً، وبالطبع فإن الحرية المتاحة للمقابل تتطلب قدراً أكبر من المهارة والتمكن والخبرة إذا أريد للمقابلة النجاح في تحقيق أهدافها المنشودة. وبدون الخبرة

والمعرفة قد تتحول المقابلة إلى مجموعة من الأسئلة والأجوبة السطحية والتي لا تصب في أهداف محددة.

٣- المقابلة الحرة:

وكما يشير الاسم فإن المقابلة الحرة لا تلتزم بمجموعة محددة من الأسئلة كالمقابلة المقتنة ولا بمجموعة محددة من الموضوعات أو المجالات كالمقابلة المنظمة. بل ينساب تيار المقابلة حيث شاء الأشخاص المساهمون فيها سواء في ذلك المقابل أو المريض. ويتم الاستمرار أو الانتقال من موضوع إلى موضوع دون خطة محددة. وهذه الحرية تقلل من التكلفة في المقابلة وتجعلها تأخذ مساراً طبيعياً كالأحاديث اليومية. وربما ساعد ذلك على نمو العلاقة المهنية بين القائم بالمقابلة وبين المريض بصورة أسرع. إلا أنه يؤخذ على المقابلة الحرة أنها أدعى لإغفال بعض الجوانب الهامة، وإلى مسيطرة التحيزات الشخصية للمشاركين في المقابلة، بل (وهذا هو الأخطر) ربما أدت إلى أخطاء في نتائج الفحص والتشخيص.

ولا شك أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يتخير من النماذج الثلاث السابقة مايناسب هدف المقابلة وطبيعتها. فإذا كان بصدد تطبيق أحد اختبارات الذكاء الفردية أو إجراء المقابلة السيكياترية المقتنة فإنه يستخدم دون شك أسلوب المقابلة المقتنة. أما إذا كان بصدد إتمام الفحص النفسي الإجتماعي^(٢) فيغلب أن يستخدم أسلوب المقابلة المنظمة لكي يضمن تغطية موضوعات أو مجالات معينة من حياة الفرد. وفي أحيان أخرى يجد المقابل أن من المناسب استخدام أسلوب المقابلة الحرة لما تنتجه من إمكانيات لبناء الثقة والعلاقة الإكلينيكية مع المريض. وفي الواقع فإن الأخصائي النفسي كثيراً ما يستخدم أكثر من أسلوب واحد خلال جلسة المقابلة الواحدة. فمثلاً قد يستخدم أسلوب المقابلة الحرة في بداية المقابلة عملاً على بناء جسر الثقة ثم يتحول إلى استخدام أسلوب المقابلة المنظمة بهدف استكمال المعلومات حول نقاط معينة، وقد يقوم خلال الجلسة نفسها بتطبيق أحد الاختبارات النفسية مستخدماً أسلوب المقابلة المقتنة.

مراحل المقابلة :

تمر المقابلة من بدايتها إلى نهايتها بعدة مراحل. فمنذ أن يتقابل كل من الأخصائي النفسي والمريض لأول مرة تتطور العلاقة الإكلينيكية بينهما في مختلف جوانبها. فهي في البداية علاقة بين شخصين لا يعرف أحدهما الآخر إلى حد كبير،

مالم يكن لدى أحدهما بعض المعرفة السابقة بالطرف الآخر من خلال قنوات أخرى. وقد تتسم المقابلة في بدايتها بالتشكك أو التحفظ، ولكن سرعان ما يزوب الجليد، وتتساقب المقابلة في جو من الثقة والتعاطف، كما تموج بالانفعالات التي تتلاطم كالبحر الهائج ... على أننا نوضح هنا أن المقابلة لا تأخذ دائماً نفس المسار.. وقد يعتمد ذلك على طبيعة الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض، وعلى الأسلوب الذي يتبعه المقابل، وعلى غير ذلك من الظروف المصاحبة مثل المشكلات القانونية أو غيرها من العوامل المؤثرة على سلوك المريض. ويذكر وين وماثراتزو هناك خمس محكات أساسية "جوهرية للمقابلة الجيدة للمريض: إراحة المريض، والحصول على المعلومات، والاحتفاظ بالسيطرة على الموقف، والمحافظة على العلاقة الاكلينيكية، والوصول إلى ختام للمقابلة" (A.WIEN & J. Matarazzo, 1983, P. 315).

ونستطيع أن نكتين هنا عدداً من المراحل التي تمر بها المقابلة والتي يساعد توضيحها على زيادة كفاءة المقابلة في أداء وظيفتها. ويمكن أن نجمل هذه المراحل فيما يلي:

- ١- الإعداد للمقابلة.
- ٢- بداية المقابلة.
- ٣- التعارف وكسب الثقة.
- ٤- جمع المعلومات.
- ٥- التدخل العلاجي.
- ٦- ختام المقابلة.
- ٧- تسجيل نتائج المقابلة.

وسوف نتناول هنا بشيء من التفصيل كل مرحلة من هذه المراحل لنكتين ملامحها أو خصائصها الأساسية وما ينبغي على المقابل أن يعمل لإنتاج المقابلة في كل مرحلة من هذه المراحل.

أولاً: الإعداد للمقابلة:

يجب الاهتمام بالإعداد الجيد للمقابلة قبل بدايتها. ويشمل ذلك إعداد المكان الذي تتم فيه المقابلة، بحيث تتوفر فيه الخصائص أو العناصر الملائمة واللازمة لإنجاح المقابلة. ولعل من أهم ماينبغي الالتفات إليه توفير الخصوصية أو السرية التي تضمن عدم تسرب ما يتم في داخل غرفة المقابلة إلى خارجها. ويجب التأكد من أن الحديث داخل الغرفة ليس مسموعاً خارجها. ذلك لأنه إذا لم يتم اتخاذ الاحتياطات اللازمة فقد يستمع البعض لأشياء خاصة لايجوز لهم الإطلاع عليها. ويجب الاحتياط حتى ولو

كان الآخرون من أقارب المريض.. ويمكن أن يؤدي تسرب المعلومات أو الأسرار إلى فقدان المريض الثقة في المعالج.. ويستخدم بعض الأخصائيين أحياناً جهازاً خاصاً يولد صوتاً أبيض (وهو عبارة عن مزيج من الأصوات يشبه صوت أمواج البحر). ويوضع الجهاز عادة خارج الغرفة التي تجرى فيها المقابلة، ويساعد ذلك على جعل الأصوات الأتية من داخل الغرفة مبهمه وغير واضحة. ومما يدخل في باب الإعداد للمقابلة أن تكون الغرفة نظيفة ومريحة. وفي حالة مقابلة الأطفال قد نزودها ببعض لعب الأطفال أو الألوان التي يمكن استخدامها في الرسم لشد اهتمام الأطفال وكسب تعاونهم، إلى جانب استخدامها في الأغراض التشخيصية أو العلاجية. كذلك يجب أن يقوم المقابل بإعداد الأوراق والنماذج أو الكتيبات التي قد يحتاج إليها أثناء المقابلة لتسجيل المعلومات أو لتزويد المريض بما يحتاج إليه من المعلومات أو البيانات. كذلك فقد يطلب الأخصائي من المريض أو من الأسرة القيام بالإجابة على بعض الاستمارات أو الاستخبارات قبل بدء المقابلة، مثل بيانات الصحة الجسمية أو بعض المقاييس النفسية.

ثانياً: بداية المقابلة:

تعتبر بداية المقابلة ذات أهمية فائقة لأن ما يحدث في الدقائق الأولى للمقابلة يترك أثره غالباً على المقابلة كلها وعلى علاقة المريض بالأخصائي النفسي، وقد يمتد هذا الأثر إلى مابعد المقابلة سلباً أو إيجاباً. وتبدأ المقابلة عادة بالتعارف حيث يقدم الأخصائي نفسه للمريض مرحباً، ومحاولاً أن يضيف جواً من الارتياح والقبول على مناخ المقابلة. وقد يتباين أسلوب المقابلة تبعاً لحالة المريض وعمره ومستواه الثقافي وكذلك حسب طبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض. فمثلاً تختلف البداية لو كان طفلاً صغيراً عما لو كان شاباً في سن المراهقة أو راشداً في منتصف العمر أو كهلاً في سن الشيخوخة. كما قد تختلف البداية لو كان مريضاً بالفصام عما لو كان مريضاً بالقلق أو الإكتئاب النفسي. كذلك قد تختلف البداية لو كان للشخص محولاً عن طريق المحاكم عما لو كان قد أتى بنفسه متطوعاً وطالباً المساعدة.

ففي حالة الأطفال يتحتم علينا أن نتيح جواً من الألفة والمرح أو اللعب، وأن نخفف من الجدية الصارمة أو الجامدة والتي قد تصد الطفل من البداية عن التعاون والشعور بالارتياح... ولاشك أن عمر الطفل ومستوى ذكائه وحالته النفسية تعطينا دلائل تهدى سلوكنا نحو الطفل بما يساعد على إقامة علاقة طيبة مبنية على الثقة والقبول والتعاون.

أما إذا كان الشخص في عمر المراهقة، فقد يحسن أن نتيح له قدراً أكبر من

التعبير عن نفسه، وأن نتجنب أن نوحى له بأننا نتعامل معه كطفل صغير أو كمريض أو على أن لديه مشكلة عويصة أو مرضاً نفسياً يحتاج إلى العلاج. وإذا كانت المقابلة في حضور الأسرة، فقد نبدأ بالتساؤل عن سبب مجيئهم إلى العيادة، ونتيح لهم الحديث بشكل منظم محاولين في هذه المرحلة تجنب استخدام المصطلحات السيكلوجية أو إطلاق التشخيصات على السلوك، كما يجب علينا أن نتجنب إلقاء اللوم أو الإشارة بأصابع الاتهام إلى فرد أو آخر.

أما إذا كنا بصدد مقابلة شخص مريض بفصام العظمة والاضطهاد، فقد يحسن أن نشجع المريض على الكلام والتعبير، مدركين أننا أمام شخص شديد الحساسية، نحاول أن نعبر له بتصرفاتنا وحديثنا أيضاً عن القبول والتفهم والاحترام المهني، حتى يتاح لنا أن نبني جسور الثقة مع شخص لا يمنح ثقته للآخرين بسهولة.

وبوجه عام نركز في بداية المقابلة على تهيئة المناخ المناسب الذي يساعد على تعاون المفحوص أو المريض بما يساعد على إقامة العلاقة على أساس من الثقة وتهيئة السبيل لجمع المعلومات أو تقديم العلاج.

ثالثاً: التعارف وكسب الثقة:

هذه المرحلة هي استمرار وامتداد طبيعي للمرحلة السابقة. ويعتمد نجاحها إلى حد كبير على أسلوب المقابل واستراتيجيته ومدى تفهمه للشخص. ويمثل حسن الاستماع أحد المتطلبات الأساسية إلى جانب قيام المقابل بتوجيه دفة المقابلة بالمهارة اللازمة. ويجب أن نلاحظ أن الشخص يأتي للمقابلة ولديه مشكلات أو أسئلة تتفاوت في درجة وضوحها وتحديدها. ومهمة المقابل أن يساعد على تنمية جو من التعاون والعمل المشترك بينه وبين المريض. ويمكن الإشارة في هذا الصدد إلى عدد من المبادئ التي تساعد على كسب ثقة العميل وتعاونيه:

١- حسن الاستماع:

على القائم بالمقابلة أن يصغي جيداً لكل مايقوله العميل، وأن ينعكس ذلك بصورة طبيعية على تصرفاته وعلى نظراته وطريقة جلوسه، بحيث ينم ذلك عن الاهتمام والجدية واليقظة. أما إذا بدا على المقابل عدم الاهتمام أو عدم الإصغاء فسرعان ما ينعكس ذلك على الشخص نفسه الذي سرعان ما يبدأ بدوره في فقدان الإهتمام والثقة في جدية أو كفاءة القائم بالمقابلة.

٢- التعبير عن التفهم والتعاطف:

يجب أن ينم حديث المقابل وحركاته وسكناته عن التفهم والتعاطف والاحترام

لنفسه وللعميل. ويجب عليه أن يبتعد عن السخرية أو الاستهزاء أو التندر على تصرفات العميل. كما يجب أن تتم تصرفاته عن التعاطف المتزن فلا يضحك لمأساة أو لموقف مؤسف، بل يعكس تفهماً وتقديراً لطبيعة الموقف ولمعاناة المريض. على أن هذا التعاطف لا يعني أن يبكي ويذرف الدمع، بل يعنى التفهم الجاد للمواقف التي يتناولها الأشخاص بالحديث أثناء المقابلة والاستجابة المناسبة لها.

٣- التوجيه الماهر للمقابلة:

ونعنى هنا المهارة فى توجيه المقابلة حتى لا تتحول إلى حديث عارض لا يمت بصلة مباشرة لما يهم المريض أو لما يعانى منه. وإن كان من الممكن أحياناً استخدام الحديث فى الموضوعات الأخرى بصورة موجزة بهدف التخفيف المؤقت لوطأة المعاناة التي قد يشعر بها المريض عند الحديث عن مواقف مؤلمة أو صدمية. بحيث يتمالك المريض مشاعره قبل أن يعود مرة أخرى للتعامل مع تلك المشكلات. وإن كنا نلاحظ أنه كلما يلجأ المعالج إلى مثل هذا الالتفاف حول الموضوع. وهناك بعض الحالات التي تمثل تحدياً لمهارة المقابل فى توجيه دفة المقابلة. فمثلاً قد يجنح مريض الهوس والاكتئاب أو المريض بذهان الهوس والاضطهاد إلى الإستطراد المطول فى الحديث عن موضوعات بعينها، وهنا يحتاج المقابل إلى استخدام المهارة والحنكة فى توجيه الحديث إلى المجالات المطلوب تغطيتها أثناء المقابلة.

رابعاً : جمع المعلومات :

يعتبر جمع المعلومات أحد الأهداف الأساسية للمقابلة. وسوف نتناول فى الفصول التالية من الكتاب طبيعة المعلومات التي يتم جمعها خلال المقابلة بالتفصيل. إلا أننا نركز هنا على الأساليب العامة المتبعة فى جمع المعلومات، كما نشير إلى بعض العوامل التي تؤثر على تلك الأساليب. وننبه هنا إلى أهمية المرونة وحسن التصرف عند جمع المعلومات، وإلى ملاحظة حالة المريض، وأعراضه المرضية. ولابد من إعطاء قدر كبير من الاهتمام للوضوح والدقة فى صياغة الأسئلة.

ويمكن تصنيف الأسئلة المستخدمة فى المقابلة فى فئتين رئيسيتين: الأسئلة المغلقة والأسئلة المفتوحة. والأسئلة المغلقة هى تلك الأسئلة التي يجيب عليها الشخص غالباً بنعم أو لا. أما الأسئلة المفتوحة فهي تلك الأسئلة التي تتيح للفرد الاستطراد فى الحديث وإعطاء قدر أكبر من التفاصيل.

ورغم أن الأسئلة المفتوحة تتيح لنا الحصول على قدر أكبر من المعلومات، وبأنها تضيف جواً طبيعياً على المقابلة، إلا أنها قد لاتلائم بعض الفئات الإكلينيكية بالذات. ومن أمثلة ذلك ما يذكره كل من تيرنر وهيرسن فى هذا الصدد

(Turner & Hersen, 1985, P. 18-19) أن بعض المرضى (مثلاً مرضى الوسواس الشديدة، والفصامين، ومرضى الهوس ممن لم تستقر حالتهم بعد باستخدام الأدوية) يحتاجون إلى توجيه مسار حديثهم، وأحياناً إلى إعادتهم إلى المسار الأصلي أثناء المقابلة. وفي مثل هذه الحالات يمكن أن يؤدي استخدام الأسئلة المفتوحة إلى الحصول على معلومات سطحية لا علاقة لها بهدف المقابلة أو موضوعها. وفي مثل هذه الحالات يكون من الضروري استخدام أسئلة واضحة وموجهة ومغلقة في أكثر الأحيان.

وعلى العكس من ذلك المرضى الشكاكين وذوى النزعة الدفاعية حيث يؤدي استخدام الأسئلة المغلقة إلى إجابات مختصرة جداً (من قبيل: نعم، لا، لا أدري.. إلخ). ومع مثل هؤلاء المرضى يستحسن بوجه عام استخدام الأسئلة المفتوحة.

وقد لوحظ أن الأسئلة المفتوحة يمكن أن تؤدي إلى معلومات غير صحيحة أو غير متسقة مع بعض الفئات الإكلينيكية مثل السكرين والمدمنين. وفي هذا الصدد يذكر تيرنر وهيرسن (المرجع السابق، ص ١٥) "تعلم طلابنا عندما يقبلون أشخاصاً يشكون في أنهم من مدمنى الخمر أو المخدرات أن يسألوا أسئلة مباشرة مثل: مامقدار الكحول أو المخدرات التي تعاطيتها اليوم؟ أو أبعد من ذلك: ما هو البار المفضل لديك في منطقتك؟". وهذه الاستراتيجية تمكن المقابل من تفادي الألاعيب والإنكار الذى يكثر حدوثه بين المدمنين وتساعد على الدخول فى صلب الموضوع دون لف أو دوران.

خامساً: التدخل العلاجي:

سوف نتناول العلاج النفسى بالتفصيل فى الفصول القادمة. ولكن ما نحب أن نؤكد هنا هو أن المقابلة العلاجية تتطلب قدراً كبيراً من المهارة واليقظة كما تتطلب فهماً واستبصاراً بحالة المريض. ويحتاج المعالج إلى المرونة فى التصرف، وأن يكيف أساليب العلاج تبعاً لشخصية المريض. فبعض المرضى يحتاجون إلى درجة أكبر من التوجيه وتحديد مسار المقابلة العلاجية، بينما نجد أن الغالبية العظمى تحتاج إلى استخدام الأساليب غير الموجهة. ويؤدي استخدام الأساليب الموجهة من جانب المعالج إلى المقاومة من جانب المريض وشعوره بأن هذا العلاج لا يتصل باحتياجاته الشخصية أو بالمشكلة التى جاء من أجلها إلى العيادة. ويجدر بالملاحظة أن غالبية المعالجين النفسيين فى وقتنا الحاضر يستخدمون أساليب مختلفة فى العلاج النفسى مقتبسة من مدارس العلاج النفسى المختلفة. أنظر مثلاً أرنولد لازاروس (A. Lazarus, 1976, 1981).

وهناك عدد من الاعتبارات الهامة التي يجب مراعاتها في المقابلة بوجه عام وفي المقابلة العلاجية على وجه الخصوص، نذكر منها:

١- تأكيد أن الهدف هو مساعدة المريض على مساعدة نفسه:

يشير هذا المبدأ إلى أن المناخ العام للمقابلة يجب أن يكون عبارة عن مساعدة المريض في التغلب على مشكلاته عن طريق مساعدته على أن يساعد نفسه. وحتى نبني من البداية الاتجاه نحو مساعدة الذات، نحاول منذ البداية أن نؤكد على دوره في تعلم المهارات السلوكية وممارستها خارج جلسات العلاج. وأن ذلك هو الطريق إلى التغلب على المشكلات. ويساعد ذلك أيضاً على منع الاعتماد الزائد من جانب المريض على المعالج. ولا شك أن توضيح هذه الأمور وممارستها يتم خلال جلسات العلاج التالية. ولكن يكفي أن يكون ذلك بمثابة المناخ العام للمقابلة التمهيدية والتي تعتبر بمثابة الحلقة الأولى في سلسلة جلسات العلاج، وأن يكون ذلك أيضاً بمثابة الإطار العام للإجابة عن تساؤلات المريض أو أسرته خلال المقابلة. ويؤدي هذا المناخ إلى زيادة تعاون المريض وإحساسه بأن عليه مسؤولية المشاركة الفعالة والتعاون في تحقيق التقدم العلاجي.

٢- مراعاة المبادئ المهنية والأخلاقية:

إن مراعاة المبادئ المهنية والأخلاقية في العلاقة الإكلينيكية أمر أساسي لقيام الثقة المطلوبة ولنجاح العلاج، وأي إخلال بهذه المبادئ يؤدي إلى إحداث أضرار بالغة للمريض، إلى جانب ما يترتب على ذلك من عواقب خطيرة على القائم بالأفعال المخلة أخلاقياً، بل وعلى مهنة العلاج النفسي بوجه عام. ولا شك أن تصرفات القائم بالمقابلة وكلامه يعكسان مدى التزامه الأخلاقي والمهني. ويمكن أن يساعد ذلك على نمو الثقة واضطرادها أو قد يؤدي إلى العكس، أي إلى تحفظ المريض وتخوفه وتركه للعلاج.

سادساً: ختام المقابلة :

بعد أن يتم جمع المعلومات أو القيام بالتدخل العلاجي تبدأ إجراءات إنهاء المقابلة. ويتعين على المقابل أن يتبع الإجراءات السليمة في ختام المقابلة وأن يمهّد لإنهاء المقابلة بالطريقة الملائمة. وفي حالة المقابلة التشخيصية قد يقوم المقابل بتلخيص نتائج المقابلة (إن كان ذلك مناسباً لحالة المريض). وقد يشرح للمريض الخطوات التالية في الخدمة النفسية وقد يحدد له الموعد التالي بالعيادة. وفي حالة المقابلة العلاجية قد يلخص ما تم خلال المقابلة ويوجز الخطوات التالية في جلسات العلاج المقبلة. وفي أكثر الأحيان يقوم المقابل قبل ختام المقابلة بمراجعة الواجبات

المنزلية^(٣) التي يتعين على المريض القيام بإنجازها قبل جلسة العلاج التالية. ولهذه المرحلة أهميتها الخاصة عند استخدام أساليب العلاج التنويمية^(٤). ففي هذه الحالة يجب على المعالج قبل انصراف المريض أن يتأكد من أنه متيقظ ومتنبه بدرجة جيدة حتى لا يتعرض للحوادث التي قد تنتج عن عدم الانتباه. ويمكن للمعالج في هذه الحالة أن يقضى بضع دقائق في الحديث مع المريض قبل انصرافه. وقد يتعين على المعالج اتباع إجراءات مماثلة عند استخدام أساليب الاسترخاء العضلي العميق^(٥). وبوجه عام يتعين إنهاء المقابلة بطريقة متوقعة من المريض وليس بصورة فجائية.

سابعاً: تسجيل نتائج المقابلة :

من الضروري أن يقوم المقابل بتسجيل نتائج المقابلة بصورة فورية حتى لا يتعرض النتائج للنسيان وما يترتب عليه من تشويه المعلومات. ويمكن للمقابل أن يدون بعض المعلومات أثناء المقابلة سواءً على النماذج الخاصة بتسجيل المعلومات (مثل استمارة الفحص النفسي الاجتماعي)، أو على الورق العادي. ويستفيد المعالج فائدة جمة من تسجيل المعلومات لأنها تذكره دائماً بالأمور التي ينبغي أن يركز عليها في العلاج. وقد يقوم المقابل بتسجيل المقابلة بأجهزة التسجيل الإلكتروني وذلك بعد الحصول على إذن كتابي بذلك من المريض (أو الوصي أو ولي الأمر إن وجد). ولايجوز إطلاقاً تسجيل المقابلة دون علم المريض وموافقه للكتابية أو المسجلة.

خصائص المقابلة في المراحل المختلفة للخدمة النفسية :

لكي تحقق الخدمة النفسية أهدافها العلاجية المنشودة، يجب على الأخصائي النفسي أن يكون على درجة كبيرة من الوضوح بالنسبة لمراحل المقابلة والأهداف الخاصة بكل مرحلة منها. ويناقش جازدا وزملاؤه بصورة مفصلة أهداف المقابلة في مراحلها المختلفة وأبعاد التفاعل التي تتعلق بكل هدف منها. ويقسم جازدا (G. M. Gazda, et al, 1984) مراحل الخدمة النفسية إلى ثلاثة مراحل، ويوضح أهداف وأبعاد التفاعل الخاصة بكل مرحلة، وسوف نعرض فيما يلي تلك المراحل بصورة موجزة:

أ - مرحلة التيسير:

وفي هذه المرحلة يصف طالب المساعدة الأعراض أو المشكلات التي يشكو منها والأمور التي يحتاج إليها. وفي هذه المرحلة يمتنع الأخصائي عن اتخاذ الإجراءات

3 - homework

4 - hypnosis.

5 - deep muscle relaxation.

المؤدية إلى حل المشكلة ريثما يصل طالب المساعدة إلى درجة الاستعداد اللازمه لذلك. فالهدف الأساسى هنا هو توضيح الشكوى أو المشكلة توضيحاً كافياً وجيداً.

ب- المرحلة الإنتقالية:

وفى هذه المرحلة يصل الشخص إلى صياغة المشكلة صياغة واضحة ومحددة، ويعبر عن قبوله للمسئولية عن التغيير أو حل المشكلة. وهنا يساعد الأخصائى النفسى الشخص على أن يدرك دوره فى الوصول إلى الحل وتحقيق الهدف المنشود فى عالم الواقع.

ج- مرحلة الفعل أو التصرف:

وفى هذه المرحلة يقوم الشخص بالخطوات اللازمة لحل المشكلة. أى أن الهدف هنا هو التحقيق الفعلى للحلول فى عالم الواقع. وفى هذه المرحلة يناقش الأخصائى مع المريض الحلول المختلفة للمشكلة. وبالطبع يقوم المريض بالتفكير فى الحلول الممكنة والمتعددة بمساعدة الأخصائى.

أبعاد التفاعل فى المراحل المختلفة :

لكل مرحلة من المراحل السابقة الذكر هدف محدد. وهذا الهدف يحدد أبعاد التفاعل الخاصة بكل مرحلة. وتساعد مراعاة تلك الأبعاد على نجاح المقابلة فى تحقيق أهدافها. وسوف نعرض هنا بشيء من الإيجاز للأبعاد المتصلة بكل مرحلة من تلك المراحل.

أولاً: أبعاد التفاعل فى مرحلة التيسير:

وهى عبارة عن ثلاثة أبعاد: الإحساس بمشاعر الطرف الآخر^(٦)، والإحترام^(٧)، والدفع^(٨). وسوف نتناول كلاً منها بشيء من التفصيل فيما يلى:

١- الإحساس بمشاعر الطرف الآخر:

وذلك بأن يضع الأخصائى نفسه فى مكان الطرف الآخر، أو أن ينظر إلى الأشياء بمنظار الطرف الآخر. ويعتبر هذا البعد أهم الأبعاد المتصلة بالخدمة النفسية. ذلك أننا إن لم نستطع أن نتفهم مشاعر الشخص الآخر وأن نحس بإحساساته، فلن يكون فى مقدورنا فهمه أو مساعدته.

6 - empathy.

7 - respect.

8 - warmth

٢- الاحترام:

وهو أن نؤمن بقدرة الناس على حل مشكلاتهم وأن دورنا هو مساعدة الفرد على أن يساعد نفسه. وتنمو مشاعر الاحترام مع تزايد معرفتنا بالخصائص الفريدة التي يتصف بها الشخص. ويمكن للأخصائي أن يعبر عن الاحترام بحسن الإصغاء، وبالإيمان الصادق بقدرة الفرد على مساعدة نفسه بمعلونة الأخصائي نفسه.

٣- الدفاء:

ويرتبط هذا البعد ارتباطاً وثيقاً بالبعدين السابقين، فنحن نميل لأن نحب أو نهتم بأولئك الذين نعرفهم أو نتفهمهم، والذين نؤمن بقدراتهم (الاحترام)، ومن الصعب أن نتصور مساعدة شخص لا نعبأ به. ويمكن توصيل مشاعر الدفاء للطرف الآخر من خلال الابتسام المناسب والتعبير عن القبول والاهتمام.

ثانياً: أبعاد التفاعل في المرحلة الإنتقالية:

مع قيام الأخصائي ببناء قاعدة للإنتلاق مبنية على أساس من الاحساس بمشاعر الطرف الآخر وعلى أساس من الاحترام والدفاء، يبدأ الشخص في استكشاف ذاته بدرجة أكثر فأكثر تعمقاً، خاصة مع ما يستشعره من التشجيع على تحقيق المزيد من اكتشاف الذات. ويساعد ذلك على إتاحة المجال لتبلور الأبعاد الخاصة بهذه المرحلة وهي أبعاد العيانية^(٩)، والصدق^(١٠) والإفصاح عن الذات^(١١). ولا شك أن هذه الأبعاد الثلاثة هي الطريق المؤدى إلى المرحلة التالية وهي مرحلة حل المشكلات أو التخطيط للتصرف والفعل، مع ملاحظة ما تتطوى عليه هذه الأبعاد من تهديد للذات (يكشف الحياة الداخلية الخاصة للفرد) أمام الآخرين. ونوجز فيما يلي الحديث عن كل بعد أبعاد التفاعل في المرحلة الإنتقالية.

١- العيانية:

وتعنى العيانية التحديد الواضح أو الوصف المحدد للمشكلات بدلاً عن الحديث الذي يعتمد على التعميمات أو الوصف العام. وبذلك تساعد الشخص على أن يصف خبراته ومشاعره وصفاً محدداً وعيانياً.

٢- الصدق:

ويعنى الصدق توخي الحقيقة في الحديث أو الوصف الصادق لما يحس به

9- concreteness.

10- genuineness.

11- self-disclosure

الشخص، أو لما يشعر به أو يفكر فيه. فالمطلوب هنا هو أن يكون الشخص أميناً وصادقاً في وصف خبراته النفسية.

٣- الإفصاح عن الذات:

وهو يشير إلى التعبير عن الذات والكشف عما يشعر به الشخص أو ما يفكر فيه. فهنا يشجع الأخصائي النفسي الشخص طالب المساعدة على استخدام لغة محددة في وصف المشاعر والخبرات والأفكار كما يعبر الأخصائي عن نفسه بأمانة ويتوخى الصدق في الإفصاح عن الذات، وذلك في الحدود التي تتماشى مع طبيعة العلاقة الإكلينيكية.

ثالثاً: أبعاد التفاعل في مرحلة التصرف أو الفعل:

تعتبر هذه المرحلة أهم مراحل العملية العلاجية، ففي هذه المرحلة يتم اتخاذ القرارات، والقيام بتحقيق الخطط والحلول على أرض الواقع. وفي هذه المرحلة يقوم المعالج بمساعدة الشخص على رسم خطة أو استراتيجية لحل المشكلة بناءً على فهم واضح وموضوعي لطبيعة المشكلة، ثم يقوم بعد ذلك بتوجيهه إلى القيام بتنفيذ الخطة، بما يؤدي إلى حل المشكلة. ولا ينتقل الأخصائي إلى مرحلة التنفيذ بأبعادها ومبادئها قبل أن تكون هناك قاعدة متينة تقوم هذه المرحلة على أساسها. وهناك بعدان أساسيان لهذه المرحلة وهما: المواجهة^(١٢)، والمباشرة^(١٣) وسوف نتناولهما فيما يلي بشيء من التفصيل.

١- المواجهة:

ويشير جازدا وزملاؤه (ibid, P. 18) إلى أن المواجهة كثيراً ما تعني التعامل مع المفارقات بين مايقوله الأفراد عن أنفسهم، وبين ما يعملونه. وأحد الأشكال الشائعة للمواجهة مساعدة الفرد على أن يتعامل مع الواقع الحاضر هنا والآن. وأخطر أشكالها هي تلك المواجهة التي لا تسمح للفرد بحفظ ماء وجهه. وينبه جازدا ورفاقه إلى أن "الأمانة القاسية في مواجهة المريض يمكن أن تكون ضارة. وإنما تكون المواجهة مفيدة إذا ابتعدت عن المواجهة بالسلبيات، وإظهار أخطاء المريض، بما يتيح له الدفاع عن نفسه، وإنقاذ ماء وجهه، كإظهار التناقض بين أفعال الشخص من ناحية وبين ما يدعيه من مبادئ من ناحية أخرى. بل يرى البعض أن المواجهة غير ضرورية إطلاقاً. على أن المواجهة يمكن أن تعيد إذا ركزت على المواجهة بالإيجابيات، وبيان

12- confrontation

13- immediacy.

أن الشخص لديه المهارات والقدرات والاستعدادات التي تتضح في مواقف محددة مما يذكره الفرد عن نفسه وعن حياته".

٢- المباشرة:

ويشير هذا البعد إلى ما يحدث بين الأخصائي النفسي وبين الشخص طالب المساعدة. فهنا يحتاج الأخصائي لأن يصف وأن يشرح استجابات الشخص طالب المساعدة وردود فعله تجاه الأخصائي. ويساعد ذلك على وصول الشخص لقدر أكبر من فهم الذات وفهم كيف تؤثر تصرفاته على الآخرين.

ويتضح مما سبق أن هناك مراحل مختلفة لعملية العلاج النفسي وأن على الأخصائي النفسي القائم بالمقابلة أن يكون متنبهاً لهذه المراحل وخصائصها ومتطلباتها، وألا يستيق تلك المراحل قبل أن يكون المريض مهياً لها.

لغة المقابلة:

تؤثر لغة الحوار المستخدمة في المقابلة على نتائج المقابلة تأثيراً بالغاً، بما يتطلب من الأخصائي أن يولي هذا الأمر ما يستحقه من الإهتمام. ويمكن الحديث عن اللغة من عدة جوانب نعرض هنا بعضاً من أهم تلك العوامل.

أولاً: استخدام لغة مناسبة للمفحوص:

وذلك من ناحية العمر، ومستوى التعليم، والمستوى الثقافي، والخصائص الاجتماعية والمهنية. وفي هذا الصدد ينبغي على الأخصائي أن يتجنب استخدام المصطلحات الفنية التي تستخدم عادة بين المتخصصين (إلا إذا كان المريض نفسه من المتخصصين). ومما يساعد على تنمية العلاقة rapport استخدام الأخصائي للغة التي يستعملها المريض في حياته اليومية، وذلك إذا كان الأخصائي واثقاً من معرفته الصحيحة لتلك اللغة.

ثانياً: ملاحظة ومسيرة لغة المريض:

وذلك من حيث استخدامها لقنوات معينة من قنوات الإدراك الحسي. وفي هذا الصدد تشير بعض الكتابات السيكولوجية إلى أهمية مجازة لغة الإدراك الحسي للمريض. (أنظر في هذا الصدد كتابات مدرسة ميلتون إريكسون ; M. Erikson) (Bandler & Grinder: Lankton) ومن أمثلة ذلك تفضيل الشخص لاستخدام اللغة البصرية كأن يقول مثلاً: "أنا أرى كذا.." أو "أتصور أن الحل هو كذا.." أو "كان

منظر الخلاف "...". أو مثلاً استخدام اللغة المتصلة بإحساسات التنوُّق كأن يقول: "شعرت بمرارة الفراق.." أو "أحسست بحلاوة الانتصار". أو مثلاً استخدام لغة سمعية كأن يقول "المفروض أن يسمع الكلام" أو "ما زلت أُنْكَرُ نبرات صوته العالية". ويرى هؤلاء أن مجازة لغة المريض يساعد على تحقيق التقارب، بل ويزيد من تأثير المعالج. على أن هذه النظريات تستند على الخبرة الإكلينيكية أكثر مما تستند على التجارب المضبوطة.

ثالثاً: استخدام القطب الإيجابي للمعنى في التعبير اللغوي:

من الأمور البالغة الأهمية التي يجب أن يلاحظها الأخصائي استخدامه للكلمات السلبية أو الإيجابية في الحديث عن مشكلات المريض. فاستخدام لغة إيجابية في الحديث عن السلوك الحالي أو المستهدف من العلاج، له تأثير كبير على تحسن الأعراض لدى المريض. فمثلاً إذا كان المقابل يصدد الحديث عن مشكلة التبول الليلي لدى أحد الأطفال فيستحسن أن يتكلم عنها باستخدام لغة إيجابية. فمثلاً يقول للطفل أو للأسرة: "متى أو كيف سيحافظ الطفل على جفاف الملابس أو الفراش؟". بدلاً عن تكرار استخدام كلمة البلى. كذلك عندما يتكلم أحد الأشخاص عن مشاعره السلبية كالإكتئاب أو القلق، يمكن أن نترجم ذلك في حديثنا معه إلى لغة إيجابية كأن نتكلم عن العمل على الوصول إلى الطمأنينة النفسية أو الرضاء النفسي. وبالطبع فإن ذلك يساعد على خلق مناخ إيجابي ولكنه لا يغني عن استخدام أساليب أو تقنيات العلاج النفسي بأشكاله المختلفة.

وفي جميع الأحوال يجب على المقابل أن يستخدم لغة سهلة يسيرة ومفهومة للمريض وأن يبتعد عن التكلف أو استخدام المصطلحات الفنية التي لا تفيد في شيء سوى انتفاخ الأنا لدى الأخصائي. كذلك فمن المهم أن تعكس لغة الأخصائي القبول والاحترام لنفسه وللشخص للآخر والمعاملة الحسنة للمريض، وأن تخلو لغته من التعبير عن التعالي أو العجرفة أو استخدام الكلمات البذيئة أو الألفاظ النابية. إن اللغة هي القناة الرئيسية للتواصل ولتبادل المعلومات وللتعبير عن المشاعر والأفكار والإحساسات، ولذا يجب أن يوليها الأخصائي ما تستحقه من الاهتمام.

التعبيرات غير اللفظية خلال المقابلة:

لا تقتصر المقابلة على تبادل المعلومات والاتصال اللفظي المقصود وغير المقصود، أو الشعوري وغير الشعوري، بل إن هناك الكثير جداً من أشكال السلوك التي تحدث خلال المقابلة والتي يمكن أن تعطى الكثير من الدلالات والمعاني البالغة

الأهمية. وعلى الأخصائي النفسي أن يولى تلك المعانى ما تستحقه من الاهتمام، بما يمكنه من أن يفهم الكثير من المشاعر، والانفعالات والدوافع والأفكار التى قد لا يعبر عنها المفحوص تعبيراً لفظياً لمسبب أو آخر. غير أنه يجب علينا أن ننوه بأن هناك الكثير من الفروق الفردية والثقافية فى الحركات التعبيرية. ويجب أن نأخذ هذه الفروق بعين الاعتبار كي نتجنب أخطاء التفسير والتأويل.

وقد تتسق التعبيرات غير اللفظية مع ما يعبر عنه الشخص لفظياً، وقد لا تتسق.. فمثلاً قد يقول الشخص إنه غير قلق خلال المقابلة ولكن حركاته أو تصرفاته أو نظراته أو احمرار وجهه أو العرق المتسبب منه، قد يدل ذلك كله على عكس ما يقول. ومن الأمثلة التى تدل على أهمية التعبيرات غير اللفظية تلك الدراسة التجريبية التى أجراها بيير Ernest Beier (من خلال: Pope, B. 1979) وقد استهدفت الدراسة التى أجراها على ٥٠ أسرة من الأزواج والزوجات، التعرف على دور اللغة الجسمية body language فى التعبير عن الوفاق أو الصراع الأسرى. وفى بداية الدراسة قام الباحث بإعطاء كل زوج وزوجة استخباراً لقياس درجة الصراع الأسرى. ثم تمت مقابلة كل زوجين معاً. وقام المقابل بسؤال كل زوج وزوجة أن يتناوبا الحديث أحدهما بعد الآخر عن شريك الحياة وما كانا يتوقعانه أحدهما من الآخر، وكيف يشعر كل طرف منهما نحو الآخر. وتم تسجيل تلك المقابلات صوتاً وصورة بالفيديو. وفى القسم الثانى من التجربة تم عرض أفلام المقابلات بالصورة فقط، وبدون صوت على مجموعة من المحكمين المدربين على تقدير السلوك غير اللفظي. ولم يكن لدى المحكمين أية معلومات عن وصف الأزواج أحدهم للآخر أو تقديره له. وقام المحكمون بتقدير السلوك بناءً على مشاهدتهم للسلوك غير اللفظي فقط. ثم قام الباحث بعد ذلك بتحليل التقديرات التى أعطوها للسلوك. وقد تبين أن الأزواج السعداء يميلون إلى الجلوس أكثر قرباً أحدهما من الآخر، ويلمسون الطرف الآخر أكثر مما يلمسون أنفسهم، ويتبادلون الحديث أكثر مع أزواجهم، أما الأزواج الذين يعانون من درجة أكبر من الصراع فقد لوحظ أنهم يميلون لوضع أرجلهم الواحدة فوق الأخرى، ولأن يكتفوا أذرعهم، كما يقل معدل نظرهم الواحد منهم إلى الآخر، ويلمسون أنفسهم أكثر مما يلمسون الطرف الآخر. وقد أوضحت هذه الدراسة أن التعبيرات غير اللفظية تعبر عن المشاعر التى يكنها كل زوج (أو زوجة) للطرف الآخر بصورة واضحة مكنت المحكمين من أن يميزوا بين الأزواج السعداء وغير السعداء.

وينكر المؤلف حالة زوجين حضرا إلى العيادة النفسية بعد أن تفاقم الصراع بينهما ووصل إلى القضاء والانفصال لفترة طويلة. وخلال إحدى الجلسات بدأ الزوج يتكلم بطريقة غاضبة مليئة باللوم نحو الزوجة. وعندئذ جلست الزوجة صامتة، وهى

تنظر لأسفل ثم قبضت بإحدى يديها على الأخرى ، وبدأت عضلات وجهها مشدودة، كما بدا الشد العضلي على ذراعيها ويديها. وبعد لحظات نظرت إلى ساعتها وكان لسانها يقول: "لا فائدة من إضاعة الوقت.. فهو مازال مصراً على إيذاء المشاعر، ولم يتغير عما كان عليه". وبجيب على الأخصائي أن يلاحظ مثل هذه المظاهر السلوكية وأن يتعامل معها بالطريقة المناسبة.

ويصف جازدا وزملاؤه ((G. M. Gazda, et al, 1984) الخصائص العامة للاتصال غير اللفظي. ومن أهم هذه الخصائص أن الاتصال غير اللفظي يستخدم قنوات عديدة للارسال والاستقبال. وأساساً نحن نستقبل المعلومات الواردة عن طريق كل حاسة من الحواس الخمس: السمع، والبصر، واللمس، والشم، والتذوق. كما أن إرسال الرسائل يتم عن طريق قنوات عديدة أيضاً. ويورد جازدا وزملاؤه القنوات الآتية للاتصال:

- ١- استخدام الوقت: البطء أو السرعة في إدراك وجود الطرف الآخر والاستجابة لاتصالاته.
- ٢- استخدام الجسم: ويشمل ذلك نظرات العينين أو النظر لأشياء معينة أو لأسفل وتفاذي النظر أو تكرار النظر أو نظرات التحدي والغضب.
- ٣- وضع الجسم: وهل يدل على الانتباه أو التعب أو مثلاً هل يجلس الشخص في مواجهة الطرف الآخر وهل الرأس مرفوعة أو مخفضة، وهل الأرجل موضوعة إحداها على الأخرى.
- ٤- تعبيرات الوجه: مثل تكشير الوجه أو الجبهة، والابتسام أو الضحك، أو إدماع العينين، أو الفم الحزين، أو العض على الشفتين.
- ٥- حركات وإيماءات الأيدي والأثرع: وهنا نلاحظ أن المجتمعات العربية بوجه عام تستخدم حركات الأيدي في التعبير بصورة أكثر من المجتمعات الغربية.
- ٦- تكرار أو ترديد السلوك: كالخبط بالأرجل أو الأيدي أو النقر بالأصابع بشكل متكرر، أو بالارتعاش أو اللعب بالأزرار أو الشعر أو الملابس.
- ٧- الحركات التي تنطوي على رموز متعارف عليها ثقافياً، أو التي تدل على الأوامر.
- ٨- اللمس: كالترتيب على الكتف أو على الرأس.

بعض الخصائص الأخرى المصاحبة للغة الكلام :

هناك عدد من الخصائص الأخرى التي تصاحب الحديث والتي تعتبر مستقلة عن اللغة نفسها. وهذه الخصائص تتعلق بالكيفية التي يصدر بها الكلام عن الشخص.

ويصف بنيامين بوب (Pope, 1979 B) أربعة قنوات أساسية في هذا الصدد نوجزها فيما يلي.

١- نغمة الصوت أو نبراته:

ويشمل ذلك كل أشكال التلوين الصوتي والتأكيد الصوتي الذي ينقل معنى خاصاً إلى المستمع. ويعبر ذلك عادة عن انفعالات المتكلم واتجاهاته نحو ما يقول أو نحو شيء ما في سياق الحديث. ولكي ندرك تأثير نغمة أو نبرة الصوت يمكننا أن نقارن بين شخصين يقولان نفس الشيء ولكن بنبرتين مختلفتين. فمثلاً يقول الشخص الأول: "أه، هذا عظيم جداً" بنغمة ملؤها الاقتناع والحماس والتأكيد. بينما يقول الشخص الآخر نفس العبارة: "أه، هذا عظيم جداً" بلهجة ملؤها السخرية اللاذعة والضيق الشديد. فهنا يمكننا أن نلاحظ أن نغمة الصوت تضيف الكثير من المعاني على التعبيرات اللفظية وإن تطابقت الألفاظ والكلمات.

كذلك إذا استمعنا جيداً إلى نغمة الصوت فقد نلاحظ فيها نبرة من الحزن، أو ارتعاشة خوف وقلق، أو حدة غضب، أو خشونة الاغتراب والانعزال، وقد نلمح في الصوت نبرات الطفولة أو العبا والشباب أو ضعف الكهولة (بصرف النظر عن العمر الحقيقي للشخص). وقد نسرح بالخيال محاولين أن نستقرئ بين تلك النبرات مصادرها أو ينباعها ومستودعاتها من الخبرات المختزنة في ذاكرة الفرد وماضى خبراته البعيدة.

٢- الوقفات غير النحوية:

تختلف الوقفات غير النحوية عن الوقفات النحوية (التي تتماشى مع قواعد اللغة). فالوقفات النحوية هي تلك الوقفات التي توجد بين أجزاء الكلام لتوضيح المعنى.. مثل التوقف عند النقطة أو الفاصلة أو علامة الاستفهام. أما الوقفات غير النحوية فهي تحدث دون أساس نحوي من قواعد اللغة. وبذلك فهي تقطع الانسياب الطبيعي للحديث، وتعوق طلاقته وتلقائيته.. وهنا قد نتساءل عن أسباب تقطع الحديث، هل يرجع ذلك إلى انفعال جارف أو إلى رغبة في إخفاء شيء أو إلى محاولة تفادي التفكير في موضوع مؤلم.

٣- سرعة الكلام:

من المؤلف لنا ملاحظة أن هناك فروقاً فردية، وفروقاتاً جماعية أو ثقافية في سرعة الكلام. فهناك أشخاص يتحدثون ببطء ويتخيرون كلامهم بعناية، ويضغطون على مقاطع معينة في الكلام (استمع مثلاً إلى تسجيلات أحاديث الدكتور طه حسين،

عميد الأدب العربي). وهناك أشخاص يتحدثون بسرعة وتتطلق كلماتهم كالقذائف أو الطلقات. وقد لوحظت فروق بين الفئات الإكلينيكية المختلفة في سرعة الكلام. فمثلاً مريضى المرح mania يغلب عليهم سرعة الكلام، بينما يتميز مريضى الاكتئاب والمالنخوليا بالبطء الواضح فى الكلام.

اضطرابات الكلام :

تشير اضطرابات الكلام إلى مشكلات أو صعوبات النطق والتي قد تنشأ عن انفعالات القلق أو الخوف أو التوتر النفسى. وقد عرض بوب (B. Pope, 1979) للدراسات التى أجراها ماهر Mahl على اضطرابات الكلام. فقد وجد ماهر من خلال تحليلاته للغة المقابلة أن المقابل يدرك تلك الاضطرابات وكأنها تحدث فقط بصورة متقطعة أثناء الكلام وسط سياق ينساب بطلاقة طوال المقابلة، غير أن الواقع هو أن اضطرابات الكلام تحدث بصورة مستمرة أثناء المقابلة. إلا أنها تحدث عند مستويات تقع أسفل عتبة الإدراك عند المقابل، وعندما يزيد القلق أو الانفعال من حدوث اضطرابات الكلام عند المريض ويرفعها فوق مستوى عتبة الإدراك، فإن المقابل يدرك الاضطراب فى الكلام فى هذه الحالة، وربما يستجيب له المقابل عندئذ على أنه علامة على وجود معاناة نفسية. وقد صنف ماهر اضطرابات الحديث إلى الفئات التالية: تغيير الجمل، وتكرار الكلمات أو العبارات واللججة، وحذف أجزاء من الكلمات، وعدم إكمال الجمل، وفتات اللسان، والأصوات الدخيلة غير المتسقة. وقد قام ماهر بتجميع اضطرابات الكلام فى فئتين رئيسيتين تبعاً للعوامل المسببة لها. وتمثل المجموعة الأولى التأثير المباشر والمربك للإنفعالات القوية. فالقلق مثلاً عندما يكون شديداً بما فيه الكفاية يمكن أن يودى إلى إرباك نماذج السلوك المعقد والمتأزر. ومن أمثلة ذلك حدوث فتات اللسان أو الأصوات غير المتسقة والدخيلة على الكلام. أما المجموعة الأخرى من اضطرابات الكلام فإنها تنشأ عن الدفاعات التى تقاوم التعبير عن الأفكار المثيرة للقلق. ومن أمثلة ذلك، عدم إكمال الجمل، والحذف، وتصحيح الجمل، وتبدو هذه المجموعة الثانية كمحاولة من جانب المريض لتعديل أو مراقبة أو إيقاف الاتصال قبل أو بعد البدء فيه.

تقييم المقابلة :

رغم أن المقابلة تعتبر من أهم الأساليب الإكلينيكية المستخدمة فى جمع المعلومات وفى مساعدة المريض على تحقيق التغيرات المنشودة، إلا أن المقابلة ليست بالأسلوب المحصن ضد الخطأ. بل كثيراً ما تصل المقابلة إلى نتائج بعيدة عن الصحة

أو إلى أخطاء في تشخيص حالة المريض. وتشبه المقابلة في هذا الصدد أساليب الفحص الأخرى التي تحتاج إلى التحقق من صدقها ومن ثباتها أيضاً. ويمكن الرجوع إلى الكثير من المراجع التي تناولت بالدراسة ثبات وصدق المقابلة. غير أننا نكتفي هنا بمناقشة بعض الجوانب أو الأمور التي يمكن أن تؤثر على قيمة المقابلة وفعاليتها في جمع المعلومات. ولعل ذلك يساعد على تنبيه الأخصائي النفسي إلى بعض مصادر الخطأ في المقابلة وإلى تبنى نظرة نقدية متمحصة إلى المعلومات التي نحصل عليها أثناء المقابلة. وهناك العديد من المتغيرات المركبة التي تتفاعل معاً خلال المقابلة والتي تؤثر على نتائجها، وأهم تلك المتغيرات: (١) المتغيرات المتصلة بالمريض. (٢) المتغيرات المتصلة بالأخصائي القائم بالمقابلة. (٣) المتغيرات المتصلة بطبيعة التفاعل أو العلاقة بين الأخصائي والمريض أثناء المقابلة. (٤) طبيعة المعلومات التي يبحث عنها الأخصائي. (٥) الظروف التي تتم في ظلها المقابلة. (٦) درجة تقدم المعلومات أو العلم في المجال المتصل بالمقابلة. ويناقش هيرسن وبيلاك (A. S. Bellack & M. Hersen, 1980) تأثير بعض المتغيرات التي تنتمي إلى ثلاث من هذه المجالات، كما يناقش جيرالد يونج ورفاقه تلك المتغيرات (Gerald Young, et al, 1987)، ونعرض هنا بإيجاز لتلك المتغيرات.

أ - المتغيرات المتصلة بالمريض:

يعتمد صدق المقابلة بصورة أساسية على صحة المعلومات التي يقدمها المريض. فإذا كان المريض قد أتى إلى المقابلة طالباً المساعدة فيغلب أن يتطوع بتقديم المعلومات التي يعرفها وأن يتعاون مع الأخصائي في كشف الحقائق. أما إذا كان المريض قد أتى محولاً عن طريق القضاء أو الشرطة فقد يعمد إلى تشويه المعلومات بصورة أو بأخرى. ومن أمثلة ذلك حالات ادعاء المرض^(١٤) للتهرب من المسؤولية الجنائية، أو التظاهر بالسلامة النفسية خوفاً من فقدان حق كفالة الأطفال أو رعايتهم. وقد يؤثر ذلك تأثيراً بالغاً على نتائج المقابلة. ولكن حتى في الحالات العادية بالعيادة أو المستشفى عندما يقول المريض الحقيقة، فإننا لا نعرف على وجه اليقين إن كان ما يقوله هو الحقيقة الموضوعية. وهناك دائماً احتمال تشويه المعلومات أو تحريفها إذا استثنينا من ذلك البيانات الأولية مثل بيانات السن والتعليم والمهنة وما إلى ذلك. ويرجع هذا التشويه في المعلومات إلى عدة أسباب سيكولوجية من أهمها أخطاء الملاحظة، وأخطاء الذاكرة، وتأثير العوامل النفسية الأخرى. فمن ناحية القدرة على الملاحظة نجد أن أكثر الناس ليست لديهم القدرة على الملاحظة الدقيقة للسلوك.

ويورد جيرالد يونج ورفاقه ((Gerald Young, et al, 1987) للمصادر الشائعة لأخطاء المعلومات في المقابلة. وفيما يتعلق بالمفحوص أو المريض يذكر العوامل الآتية:

- ١- الحاجة لإعطاء إجابات جذابة اجتماعياً.
- ٢- عدم فهم السؤال.
- ٣- فجوات الذاكرة.
- ٤- الشعور بالضغط النفسي كنتيجة للسؤال.
- ٥- عدم وجود رأى حقيقى.
- ٦- اختلاف شدة الإنفعال بين المفحوصين.
- ٧- التغيرات فى إدراك المواقف والأغراض.
- ٨- توقيت المقابلة.

ب- المتغيرات المتصلة بالقائم بالمقابلة:

يتحدث بيلاك وهيرسين (Bellack & Hersen, 1980) عن أخطاء المقابلة التى ترجع إلى القائم بالمقابلة. فالقائم بالمقابلة يقوم بمعالجة المعلومات ومحاولة وضع المعلومات المتجمعة فى صورة متكاملة، والخروج منها بالاستنتاجات المناسبة. ومن مصادر الخطأ التى يذكرانها:

- الفشل فى جمع معلومات كافية للوصول إلى نتائج صادقة.
- الفشل فى فهم تقارير المفحوص فهماً صحيحاً.
- العجز عن إقامة العلاقة العلاجية rapport مع المريض.
- رداءة أسلوب المقابلة.
- عدم توفر معلومات علمية دقيقة أو كافية لدى المقابل.
- القدرة المحدودة للإنسان بوجه عام على المعالجة الذهنية لقدر كبير من المعلومات فى نفس الوقت.

كذلك يضيف يونج ورفاقه (Young, et al, 1987) العوامل التالية :

- الخصائص الشخصية للمقابل.
- تفضيلات وتحيزات المقابل.
- التغيرات فى الحالة الإنفعالية للمقابل.
- الاختلافات فى المهارة اللغوية.
- الاختلافات فى فهم الأسئلة.
- أخطاء التسجيل.

ج- بناء المقابلة:

يتحدث يونج ورفاقه (المرجع السابق) عن أخطاء المقابلة التي ترجع إلى بناء المقابلة. وينكر في هذا الصدد العوامل الآتية:

- ١- افتقار السؤال إلى التحديد.
- ٢- أن يتضمن السؤال مفاهيم مركبة أو متعددة الأبعاد.
- ٣- كيفية تسلسل أو تتابع الأسئلة.
- ٤- عدد الأسئلة.
- ٥- بناء أو تركيب السؤال.
- ٦- ارتكاز السؤال على افتراضات ليس لها ما يبررها.
- ٧- احتواء السؤال الواحد على أكثر من سؤال.
- ٨- وجود عنصر حساس أو مهدد في السؤال.
- ٩- صياغة السؤال: احتواء السؤال على مصطلحات غير محددة، أو احتواء السؤال على كلمات أو جمل مركبة، أو احتوائه على كلمات متحيزة.

د- العوامل المتصلة بالتفاعل:

يناقش بيلاك وهيرسن (المرجع الأسبق) العوامل المتصلة بالتفاعل بين المريض والقائم بالمقابلة والتي يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً على المقابلة. ومن بين تلك العوامل التي يذكرانها:

- ١- علاقة المفحوص بالقائم بالمقابلة، وهل هي علاقة دافئة لم باردة، وهل تتحلى بروح المودة أم يسودها الفتور أو روح التحدى أو العداء. كما تؤثر أيضاً عليها مكانة المقابل في نظر المفحوص.
- ٢- مقدار أو حجم التعليقات التي يعقب بها المقابل على كلام المريض ومدى فورية أو كمون التعليقات وتأثير التدعيم الذي يعطيه المقابل للمريض خلال المقابلة.

تعقيب على المقابلة الإكلينيكية :

تحدثنا في هذا الفصل عن المقابلة الإكلينيكية، فعرضنا لوظائفها، ولأشكالها المختلفة، ولمراحلها ولخصائص كل مرحلة، ولأهمية مراعاة الخصائص النفسى لطبيعة كل مرحلة ومتطلباتها. كما تحدثنا عن لغة المقابلة، وعن التعبير أو الاتصال غير اللفظى خلال المقابلة. ثم ناقشنا بعد ذلك فعالية المقابلة أو قيمتها كوسيلة لجمع المعلومات ولتبادل التأثير والتأثر. إن المقابلة هي الأسلوب الأساسى فى العمل

الإكلينيكي، وعلى الأخصائي النفسي مسئولية تنمية قدراته ومهاراته وأن يحاول الحد من تأثير التحيزات الشخصية والعوامل الذاتية، وأن ينظر إلى استنتاجاته أو آرائه التي يصل إليها أثناء المقابلة على أنها فروض تحتاج إلى التحقق من صحتها، كما أن عليه أن يدرك أن بعض أساليب المقابلة أكثر فعالية من بعضها الآخر، وأن يعمل على تنمية مهاراته في هذا الصدد لزيادة قدرته على مساعدة المرضى النفسيين.

الفصل الثالث

الفحص النفسي – الاجتماعي (تاريخ الحالة)

الفصل الثالث

الفحص النفسي الإجتماعى

(تاريخ الحالة)

يعتبر الفحص النفسى الإجتماعى الخطوة الأولى فى العملية الإكلينيكية. وقد تحدثنا فى الفصل السابق عن المقابلة الإكلينيكية باعتبارها الأسلوب المستخدم فى جمع المعلومات، أما الفصل الحالى فيتناول بالحديث أحد أشكال تلك المعلومات التى نجمعها باستخدام المقابلة بصورة رئيسية. أى أن الفحص النفسى-الاجتماعى هو عبارة عن المضمون الذى نعالجه أو نقوم بجمعه باستخدام أسلوب المقابلة. وترجع أهمية الفحص النفسى الاجتماعى إلى أنه الأساس الذى تبدأ منه أو تتبنى عليه العملية العلاجية كلها، ابتداءً من رسم الخطة العلاجية، وتنفيذها خلال جلسات العلاج، إلى المتابعة المنتظمة والدورية لتقدم المريض فى تحقيق الأهداف المرسومة فى الخطة العلاجية. ولاشك أن من المهم جمع الكثير من المعلومات فى بداية العمل مع المريض، حيث أنه يصعب جمعها فى المقابلات التالية لوجود أهداف أخرى ينبغى التركيز عليها فيما بعد. كما أن تلك المعلومات تظل مرجعاً هاماً للمعالج يعود إليه من وقت لآخر.

والهدف الأساسى للفحص النفسى الاجتماعى هو الوصول إلى تكوين صورة متكاملة وشاملة عن المريض فى مختلف جوانب الحياة، وليس فقط مجرد جمع المعلومات عن الجانب المرضى أو الشكوى التى جاءت بالمريض إلى العيادة النفسية. وفى معرض الحديث عن الفحص النفسى للمريض، يذكر كورميير وكورميير أن هناك ستة أهداف رئيسية للفحص النفسى للمريض (Cormier & Cormier, 1985, P146-147)، وهى:

- ١- الحصول على المعلومات عن شكوى المريض ومايتعلق بها من مشكلات أخرى.
- ٢- التعرف على المتغيرات المؤثرة أو المتعلقة بالمشكلة.
- ٣- تحديد أهداف المريض وتوقعاته بالنسبة لأهداف العلاج أو الإرشاد النفسى.
- ٤- الحصول على المعلومات عن الخط القاعدى baseline الذى سيتم استخدامه فيما بعد لتقييم مدى تقدم حالة المريض وأثار استراتيجيات العلاج. ويساعد هذا التقييم الأخصائى النفسى على أن يقرر ما إذا كان يتعين عليه أن يواصل الخطة العلاجية أو استراتيجية العلاج أم أن عليه أن يعطلها جزئياً أو كلياً.

- ٥- تعليم المريض وشحذ دوافعه باطلاعه على وجهة نظرك بالنسبة للمشكلة، مما يساعد على تقبله للعلاج، ومساهمته في التغيير من خلال التفاعل.
- ٦- استخدام المعلومات المتجمعة في تخطيط التدخل العلاجي والاستراتيجيات الفعالة. وهذه المعلومات المتجمعة من عملية الفحص لابد وأن تساعد في الإجابة على السؤال .. ماهو العلاج المناسب لحالة المريض ومشكلاته، ومن الذي يقوم بالعلاج بما يحقق أكبر قدر من الفاعلية بالنسبة لهذا الفرد الذي يعاني من هذه المشكلة الخاصة وفي ظل أي مجموعة من الظروف.

ويجدر بالذكر أن المريض نفسه أو الشخص موضوع الفحص هو المصدر الأساسي لهذه المعلومات عادة. غير أننا نلاحظ أنه في كثير من الحالات يحتاج الأخصائي النفسي إلى مقابلة أسرة المريض أو أصدقائه أو مدرسيه أو الأخصائيين العاملين بالمؤسسات الأخرى التي تعاملت مع المريض من قبل أو الاتصال بهم تليفونياً أو بريدياً مثلاً. وبالطبع يلزم الحصول على تصريح كتابي من المريض قبل القيام بأي اتصال بأي جهة كانت، أو بأي شخص كان، فيما عدا في حالات الطوارئ عندما تكون حياة المريض أو حياة أي شخص آخر معرضة للخطر. وهناك نماذج خاصة تستخدم لاستكمال التصريح الكتابي بحيث تستوفي الجوانب القانونية.

نموذج الفحص النفسي- الإجتماعي :

نقدم هنا نموذجاً للفحص النفسي الاجتماعي مع شرح للبند التي يحتوي عليها هذا النموذج. وقد تختلف بعض العناصر في نماذج الفحص الاجتماعي المختلفة تبعاً للغرض من الفحص أو المجال الذي يتم فيه الفحص أو تبعاً لعمر المفحوص. فالمعلومات التي يهتما جمعها في المستشفى قد تختلف عما نريد معرفته بالعيادة النفسية الخارجية أو في عيادة علم النفس الشرعي أو الجنائي، أو قد تختلف بعض التفاصيل في نماذج عيادة الصحة النفسية عن النماذج المستخدمة في عيادة علاج الإدمان. ففي كل حالة من تلك الحالات يحاول الأخصائي أن يجمع تلك المعلومات الخاصة المناسبة لتشخيص المشكلة وتخطيط العلاج لدى فرد له خصائص أو مشكلات معينة تحتاج إلى تركيز الاهتمام عليها. وإن كنا نلاحظ أن جوهر الفحص النفسي واحد، وأن قدراً كبيراً من المضمون أو المعلومات متماثل في أغلب الأحيان.

البيانات الأساسية:

ويشمل هذا القسم البيانات الأساسية عن المريض مثل : اسم المريض، رقم الحالة، السن، الطول، الوزن ، والنوع: ذكر أو أنثى، والحالة الاجتماعية: متزوج،

أعزب ، مطلق، أرمل، الخ. ولاشك أن هذه البيانات هامة جداً في إعطاء صورة عن تلك الجوانب الأساسية من حياة المريض.

١- طبيعة المشكلة:

الشكوى :

ونسجل هنا الشكوى التي أتى بسببها المريض إلى العيادة أو التي ذكرها المريض أو الأهل presenting problem. ويحسن أن نسجل هنا ماورد حرفياً على لسان المريض أو الأسرة في وصف المشكلة. ويلاحظ أن الشكوى التي يأتى بها المريض إلى العيادة النفسية قد تختلف كثيراً أو قليلاً عما يراه الأخصائي النفسي سواء خلال الجلسة الأولى أو بعد ذلك عن طبيعة المشكلة الحقيقية للمريض. ولكن من المهم تسجيل شكوى المريض أو الأسرة لأنها تلقى الضوء على تصور المريض للمشكلة وكيفية تعامل المريض أو الأسرة معها ولأنها الواقع الملموس بالنسبة لهم. كما أن علينا أن نتعامل مع المريض باللغة التي يفهمها. كذلك يلاحظ أن الشكوى ليست عبارة عن أعراض مرضية أو فئات تشخيصية، بل هي غالباً عبارة عن وصف محدد لما يحدث في الحياة اليومية للمريض.

مصدر التحويل: اسم الشخص والجهة التي قامت بالتحويل ورقم التليفون:

وهنا نذكر بالتفصيل اسم الشخص الذي قام بتحويل المريض إلى العيادة أو المستشفى، والجهة أو المؤسسة التي يعمل بها إن وجدت. ولهذه المعلومات أهميتها من حيث أنها تمكننا من الحصول على معلومات قيمة عن المشكلة، وعن مدى استعداد المريض للمساهمة في العملية العلاجية أو مقاومته لها. فمثلاً قد يكون المريض أكثر تعاوناً إذا تم تحويله عن طريق طبيب العائلة عما لو كان قد تم تحويله عن طريق الشرطة أو المحاكم. كذلك فقد نحتاج للإتصال بمصدر التحويل فيما بعد للمتابعة، أو لمساعدة المريض، أو للحصول على مزيد من المعلومات. وبالطبع لا بد أن تكون الاتصالات بموافقة المريض نفسه كتابياً.

سبب التحويل:

ونعرض هنا الأسباب التي أدت إلى تحويل المريض. ويلاحظ أن هذه الأسباب قد تتفق أو تختلف مع الشكوى التي يذكرها المريض نفسه.

الأعراض الرئيسية :

ونسجل هنا بإيجاز الأعراض المرضية التي يعاني منها المريض، سواء في ذلك تلك الأعراض التي يشكو منها المريض أو تلك التي لاحظناها خلال المقابلة أو عرفنا

بوجودها من مصادر أخرى. ومن أمثلة الأعراض التي يمكن ذكرها هنا: الإكتئاب، أو القلق، أو صعوبة النوم، أو فقدان الشهية للطعام، أو إفراط الحركة واضطراب الإنتباه... الخ.

٢- التاريخ العلاجي السابق:

يلقى التاريخ السابق للعلاج الضوء على طبيعة المشكلات النفسية التي واجهت المريض في السابق، وعلى العلاجات التي استخدمت في الماضي للتغلب على هذه المشكلات. وهذا يساعد في تحديد ما إذا كنا بصدد مشكلة مزمنة أم غير مزمنة، كما أنه قد يلقي الضوء على العلاجات التي كانت أكثر فعالية في الماضي مع هذا المريض، وعن مدى تعاون المريض أو التزامه بالعلاج في الماضي. كذلك فإن هذه المعلومات تسهل الحصول على صور من ملفات العلاج السابقة بالمؤسسات الأخرى.

العلاج الداخلي بالمستشفيات :

عدد المرات بالتقريب:

الأماكن التي تم فيها العلاج والتواريخ (بالتقريب):

الخدمات العلاجية الأخرى:

ونذكر هنا الخدمات العلاجية الأخرى التي سبق للمريض أن تلقاها في أماكن أخرى خارج نطاق المستشفيات، من قبيل العلاج الخارجى أو الإرشاد العائلى أو غير ذلك.

الاستجابة السابقة للأدوية والعلاجات الأخرى:

هل تحسنت حالة المريض أم انتكست أم بقيت كما هي كنتيجة للعلاجات التي تلقاها في الماضي، وهل كان المريض متعاوناً في تلقى العلاج؟

المظاهر السلوكية التي تنذر بحدوث انتكاس في حالة المريض:

مثلاً هل يبدأ انتكاس المريض بإهمال المظهر أو النظافة، أو بالعزلة والانعطواء، أو بالدخول في مشادات أو مجادلات كثيرة أو بشرب الخمر أو تعاطى المخدرات. وتفيد هذه المعلومات في متابعة حالة المريض، ومدى لتباعه للخطة العلاجية، ولمحاولة منع الإنتكاسات قبل حدوثها. فيمكن للمعالج فيما بعد إذا لاحظ هذه البوادر السلوكية أن يتخذ الإجراءات اللازمة لمنع تدهور حالة المريض.

٣- تاريخ النشأة أو النمو:

يلقى هذا الجزء الضوء على نشأة الشخص منذ الطفولة، وعلى الظروف التي مر بها منذ الميلاد، سواء في تلك الظروف الأسرية أو الصحية أو الاجتماعية أو الثقافية أو غيرها. كما يلقي الضوء على علاقة الوالدين معا وما إذا كانت هناك ظروف مطلق أو انفصال أو وفاة في العائلة... الخ.

محل الميلاد :

ترتيب الميلاد (بين الإخوة والأخوات):

عدد الإخوة والأخوات: ذكور: إناث:

علاقة الوالدين معاً: متزوجان مطلقان أخرى:

المؤثرات الأساسية على حياة المريض وعلى الشكوى الحالية: مثل العوامل الوالدية، والوراثية، والطبية، والاجتماعية، والثقافية التي مر بها المريض والتي يحتمل أن تكون قد أثرت عليه بشكل أو آخر.

الحوادث أو الصدمات السابقة:

ونسجل هنا أية حوادث مر بها الشخص، خاصة الصدمات النفسية أو حوادث الإعتداء أو العنف من أى نوع، ويشمل ذلك أية أحداث وقعت للشخص منذ الطفولة وحتى الآن.

٤- الهجرة والتكيف للمجتمع:

المنطقة أو البلد الأصلي الذي أتى منه الشخص:

تاريخ الهجرة إلى المنطقة الحالية:

اللغة أو اللهجة الأصلية:

مدى الرضاء عن الموطن الحالي:

٥- الظروف المعيشية والأسرية الحالية:

الشخص يعيش حالياً وحيداً مع أسرة صغيرة (مباشرة)

مع أسرة ممتدة غير ذلك:

المشكلات السكنية:

تركيب الأسرة ودينامياتها:

يهمنا هنا أن نكون صورة دقيقة عن الظروف الأسرية التي يعيش في ظلها

الشخص. ولهذه المعلومات أهميتها البالغة في العملية الإكلينيكية التشخيصية والعلاجية. فكثيراً ما تكون مشكلات المريض انعكاساً للمشكلات العائلية، مثل اختلاط أو اضطراب الأدوار الأسرية، أو وجود عنف أو إهمال داخل الأسرة أو وجود حالات مرض مزمن أو وفاة أو غياب طويل الأمد لأحد أعضاء الأسرة. كما يهتمنا التعرف على ديناميات التفاعل داخل الأسرة،

الاسم	السن	العلاقة	المقر الحالي
.....
.....
.....
.....

٦- نسق الدعم الاجتماعي:

ونذكر هنا الأنساق والعلاقات الاجتماعية المساندة للشخص والتي يستمد منها الدعم المعنوي والاجتماعي مثل الأسرة أو الأب أو الأم أو الإخوة أو الأصدقاء أو غيرهم.

٧- التعليم :

أعلى درجة أو مرحلة تعليمية أتمها الشخص:

أين أتمها؟

المستوى التحصيلي العام للشخص:

التعليم الخاص أو إعاقات التعلم:

مدى رضا الشخص عن مستواه التعليمي: راض غير راض

الحاجات أو الأهداف التعليمية الحالية:

٨- العمل (التاريخ المهني أو التجنيدى):

العمل الحالي:

التاريخ المهني ومهارات العمل:

الرضا المهني: راض غير راض

احتياجات النمو المهني:

تاريخ الخدمة العسكرية: لا نعم

٩- الحالة المادية:

مقدار الدخل السنوى (أو الشهري): للفرد للأسرة
 مصدر الدخل: العمل المعاش ميراث أو ممتلكات
 غير ذلك:
 المهارة فى موازنة الدخل والمصروف: ممتازة كافية
 محدودة
 المشكلات المادية والحلول المطروحة:

١٠- أسلوب الحياة الحالى ومجالات الترفيه:

النشاط اليومى الإعتيادى:
 الهوايات والميول:

١١- الوضع القانونى :

نذكر هنا الوضع القانونى للشخص إن وجد، مثل وجود وصى، أو ما إذا كان فى انتظار المحاكمة، أو انتظار الحكم، أو الانفصال، أو الطلاق، أو المراقبة، أو السجن.. الخ. كما نسجل اسم وعنوان المحامى إن وجد، مع إعطاء بعض التفاصيل عن المشكلات القانونية.

١٢- الإنتماء الدينى أو الروحى:

١٣- تعاطى أو إيمان المخدرات:

اسم المخدر	العمر عند أول تعاطى	الكمية خلال ٤٨ ساعة	الكمية خلال الشهر الأخير	أطول فترة عدم تعاطى
الكحوليات
المهدئات
المنومات
الحشيش
مشتقات الأفيون

اسم المخدر	العمر عند أول تعاطي	الكمية خلال ٤٨ ساعة	الكمية خلال الشهر الأخير	أطول فترة عدم تعاطي
الهيروين
الكوكايين
المهلوسات
أخرى

أعراض الإدمان أو التعاطي:- تشنجات^(١) :

- تحمل^(٢) :

- فقدان الذاكرة^(٣) :

- الإنكار^(٤) :

أعراض التحمل:

أعراض الإنقطاع^(٥) عن التعاطي:

تأثير الإدمان على جوانب الحياة المختلفة للشخص:

.....

ظروف التعاطي: وحيداً مع آخرين

أماكن التعاطي:

طرق التعاطي:

تعاطي مخدرات متعددة^(٦):

التاريخ العلاجي السابق للإدمان:

هل يتلقى الشخص أى علاج للإدمان حالياً ؟ نعم لا

أين ؟

-
- 1 - Seizures.
 - 2 - Tolerance.
 - 3 - Blackouts.
 - 4 - Denial
 - 5 - Withdrawal
 - 6 - Polysubstance abuse.

تاريخ الإدمان بالأسرة :

ينكر الأخصائي هنا المعلومات المتصلة بالإدمان بالأسرة. ويوضح ما إذا كان هناك استعمال كثير أو متوسط أو قليل للخمر، أو للمخدرات، أو ما إذا كان الشخص مدمناً على الكحول أو المخدرات، أو ما إذا كان الشخص قد توقف عن التعاطي بعد أن كان مدمناً أو يوضح ما إذا كان الشخص يتجنب استعمال الخمر أو المخدرات.

الأب:

الأم:

الزوج أو الزوجة:

الإخوة:

الأصدقاء:

هل عبر المريض عن رغبته في علاج مشكلة الإدمان؟ نعم لا

ما هو مقدار الدافع لعلاج الإدمان في الوقت الحاضر؟

..... قوى متوسط ضعيف

١٤- فحص الحالة العقلية^(٧):

لفحص الحالة العقلية أهمية خاصة في العملية الإكلينيكية. فهو الأساس الذي نستخدمه للوصول إلى تصور واضح لطبيعة المشكلات أو الأعراض المرضية التي يعاني منها المريض في مجالات السلوك المختلفة. ونحن نقوم بهذا الفحص بعد جمع المعلومات المختلفة واعتماداً على ملاحظتنا خلال المقابلة. ويعرف كابلان وسادوك Kaplan & Sadock فحص الحالة العقلية على أنه "الفحص الذي يصنف ويصف مجالات وعناصر الأداء العقلي التي نعتمد عليها في تكوين لطباعتنا وتصنيفاتنا التشخيصية". (من خلال: Cormier & Cormier, 1985, P.178)

أ - المظهر

..... ملائم

..... غير ملائم

..... unkempt مهمل

..... poor hygiene الافتقار إلى النظافة

..... poor grooming غير منسق

.. . محفط (اهتمام زائد بالمظهر) meticulous

.. . أخرى:

ب- الوجدان affect

.. . سوى

.. . غير ملائم

.. . متبلد blunted

.. . متقلص constricted

.. . ضحل shallow

.. . متقلب labile

... أخرى

ج- المزاج mood

..... سوى

..... عدواني hostile

..... قلق anxious

..... مكتئب depressed

..... سريع الغضب irritable

..... مبتهج elated

د- مفهوم الذات self-concept

..... إيجابي

..... سلبي

..... متعظم grandiose

..... يشعر بالضعف depreciated

..... أخرى

هـ- السلوك أثناء المقابلة

..... سوى

..... متهيج agitated

..... يبكى	
..... صامت mute	
..... صوت مرتفع	
..... صوت منخفض	
..... مسترخى بدرجة غير عادية	
..... لآزمات سلوكية غريبة mannerisms	
..... خلجات tics	
..... متصلب العضلات rigid	
..... صياح shouting	

و- الاتصال والتفاعل

..... سوى	
..... لحوح demanding	
..... مباشر/ قوى direct/ forceful	
..... منسحب withdrawn	
..... حذر guarded	
..... درامى dramatic	
..... عنيد الرأى opinionated	
..... سلبي	
..... مضغوط pressured	
..... بطيء	
..... سريع	
..... مراوغ evasive	
..... أخرى	

ز- محتوى التفكير thought content

..... سوى	
..... منحبس blocking	
..... عارض circumstantial	
..... صدوى echolalic	

- flight of ideas تطاير الأفكار
 grandiosity الشعور بالعظمة
 incoherent غير متماسك
 perseveration قصور ذاتي
 religiosity تدين
 silliness سخيف
 loose associations تداعيات مفككة
 أخرى

د- الوعي بالإتجاه orientation

- سوى
 disoriented : عن تائه
 الأشخاص
 المكان
 الزمان
 الذات
 أخرى

ط- الاستبصار insight

- جيد
 هامشي
 غائب

ي- الهذات (الضلالات) delusions

- غير موجودة
 المتعظمة grandiose
 الاضطهادية persecutory
 الدينية
 أخرى

ك- الإدراك

... سوى

... إحساسات غير سوية

... خداع الحواس illusions

... هلاوس hallucinations :

أنواع الهلاوس: سمعية بصرية
..... جسمية شمعية
..... لمسية أخرى

١٥- احتمالات الإنتحار أو القتل نعم لا

التفكير التكرار الطريقة متى
المحاولة التكرار الطريقة متى

١٦- التوجه نحو أهداف الحياة life goal orientation:

يهيمن هنا أن نقيم مدى تأثير الحالة النفسية التي يعاني منها المريض على وضوح وكفاءة اختياره لأهدافه في الحياة، وعمله على تحقيق هذه الأهداف.
..... لا يوجد خلل خلل خفيف خلل شديد
اختيار الأهداف: مضطرب غير مضطرب
تحقيق الأهداف: مضطرب غير مضطرب
تعليق على التوجه نحو الأهداف:

١٧- الدافع للعلاج: جيد متوسط ضعيف أخرى

١٨- العلاقة الإكلينيكية مع الأخصائي بوجه عام: جيدة متوسطة ضعيفة

١٩- مدى الثقة بالمعلومات التي قدمها المريض:

..... المعلومات يوثق بها المعلومات لا يوثق بها
..... أخرى:

٢٠- توقعات المريض من العلاج:

٢١- الحالة الصحية: جيدة مشكلات صحية:

هل هناك حاجة لتحويل المريض للفحص الطبي؟ نعم لا

هل هناك حاجة لعلاج الأسنان؟ نعم لا

٢٢- نواحي القوة والضعف لدى المريض:

جسدياً:

معرفياً:

اجتماعياً:

انفعالياً:

أخرى:

٢٣- التقييم الإكلينيكي:

يقدم هذا القسم تقيماً شاملاً يلخص كل الأقسام السابقة وذلك بهدف إعطاء صورة واضحة عن المريض ولتقديم مبررات أو حيثيات التشخيص.

ويشمل التقييم أجزاء مفصلة نوعاً عن كل مما يأتي:

التعريف:

الشكوى والتاريخ السيكياتري:

التاريخ النموي والتربوي والمهني والشخصي:

التاريخ الأسري:

ملخص الحالة العقلية:

٢٤- التشخيص المبني:

المحور الأول: (الزملة الإكلينيكية) clinical syndrome:

المحور الثاني: الشخصية:

المحور الثالث: الأمراض الجسمية:

المحور الرابع: الضغوط النفسية الاجتماعية:

مدى شدة الضغوط: (ضع دائرة حول إحدى الدرجات التالية):

..... لا توجد قليلة خفيفة متوسطة شديدة شديدة

جداً كارثة

المحور الخامس: أعلى مستويات الأداء هذا العام: (ضع دائرة حول إحدى الدرجات التالية):

١- ممتاز ٢- جيد جداً ٣- جيد ٤- متوسط ٥- سيئ ٦- سيئ جداً ٧- إختلال شديد

٢٥- خطة العلاج المبدئية:

بعد التحديد الدقيق لمشكلات المريض وبعد الوصول إلى تشخيص مبدئي للحالة، يتعين على الأخصائي أن يضع خطة مبدئية للعلاج. وتستخدم هذه الخطة المبدئية في توجيه الخدمات العلاجية التي تقدم للمريض عقب الفحص النفسي الاجتماعي، وذلك إلى أن يتم وضع الخطة العلاجية الشاملة واعتمادها عن طريق الفريق العلاجي. وقد جرى العرف في العيادات النفسية الأمريكية على أن صلاحية الخطة المبدئية تستمر لمدة خمسة أسابيع فقط يتم خلالها إعداد واعتماد الخطة العلاجية الأساسية. ويلاحظ أن الخطة المبدئية تشتمل على عدة أقسام وتغطي مختلف الخدمات والعلاجات التي يحتاج إليها المريض وكذلك النظام المتبع في العلاج.

الخطة المبدئية للعلاج:

..... التحويل للمستشفى النفسي التحويل للمستشفى الطبي العلاج
الفردى العلاج الأسرى العلاج الجمعى العلاج بالأنشطة التأهيل
النفسي- الاجتماعي العلاج بالأدوية الطبية- النفسية

جدول العلاج

..... جلسة أسبوعياً كل أسبوعين شهرياً أخرى

التحويل للمؤسسات والجهات الأخرى:

..... علاج الإدمان:
..... الخدمات القانونية:
..... الخدمات التربوية:
..... المساعدات المالية:
..... الإسكان:
..... الوصاية:
..... المواصلات:
..... أى تحويلات خاصة أخرى:

٢٦- محكات إنهاء الخدمات العلاجية:

يحدد هذا البند المحكات التي سوف يتم استخدامها لتقرير ما إذا كان المريض قد وصل إلى الدرجة المطلوبة من التحسن والتي يمكن عندها إنهاء الخدمات العلاجية أو تحويل المريض مثلاً من العلاج الداخلي بالمستشفى إلى العلاج الخارجي بالعيادة النفسية. ولهذه المحكات أهميتها أيضاً حتى لاتطول فترة العلاج لأكثر مما يحتاج إليه المريض.

٢٧- إعتناء الخطة العلاجية:

بعد مناقشة الخطة العلاجية في اجتماع الفريق العلاجي الذي يضم أعضاء من تخصصات الطب النفسي، وعلم النفس، والخدمة الاجتماعية، وغيرها، يتم التوقيع على الخطة من جانب ممثل عن كل تخصص.

الفصل الرابع

الاختبارات النفسية في الفحص الإكلينيكي

الفصل الرابع

الاختبارات النفسية في الفحص الإكلينيكي

ارتبط القياس النفسي في الأذهان ارتباطاً وثيقاً بدور الأخصائي النفسي، إلى درجة أن البعض أطلق على الأخصائي النفسي اسم "أخصائي القياس النفسي" كما لو أن ذلك هو جل ما يستطيع القيام به. وللحقيقة فإن استخدام المقاييس النفسية قد واکب نشأة هذه المهنة وتطورها الكبير خاصة في أعقاب الحرب العالمية الثانية. وفي وقت من الأوقات كانت الاختبارات النفسية تجرى بصورة روتينية تقريباً على كل مريض يدخل المستشفى أو العيادة النفسية. وتستخدم الاختبارات النفسية في الوقت الحاضر في العيادة النفسية في أغراض متعددة منها مثلاً المساهمة في عملية التشخيص السيكياتري، والتعرف على مدى التقدم أو التدهور المترتب على استخدام أساليب علاجية معينة، وفي رسم الخطة العلاجية، وتحديد مدى إمكانية استخدام العلاج النفسي مع المريض، كما تستخدم في أغراض التوجيه التربوي والمهني للمرضى النفسيين.

وفي العيادة النفسية تترجم هذه الأغراض المسالفة الذكر إلى أسئلة أو مشكلات محددة من خلال مناقشة الفريق الإكلينيكي لحالة المريض، حيث توضح المناقشة تلك الأسئلة التي تحتاج إلى استخدام الاختبارات النفسية للإجابة عليها. ويمكن بذلك أن تساعد في إلقاء الضوء على طبيعة المشكلات التي يعاني منها المريض. ومن أمثلة ذلك:

- ١- هل يعاني المريض من حالة عضوية (مثل إصابات الجهاز العصبي)، أو من حالة ذهان وظيفي كالفصام مثلاً؟
- ٢- هل المريض ذهاني أم عصابي؟
- ٣- هل ترجع مشكلات المريض إلى انخفاض ذكائه عن المستوى اللازم للتوافق مع متطلبات العمل أو الدراسة أو التعامل مع الآخرين؟
- ٤- هل يسمح مستوى الأداء الحالي للوظائف النفسية بإعطائه أنواعاً خاصة من العلاج؟ مثال ذلك فحص الذكاء للتعرف على إمكانية استخدام أشكال معينة من العلاج النفسي تتطلب مستوى مرتفعاً من التفكير التجريدي والتحليل المنطقي، أو قياس الذاكرة للتعرف على مدى إمكانية استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية والتي يعرف عنها أنها تؤثر سلباً على ذاكرة المريض؟

٥- ما مستوى المريض في سمات معينة للشخصية كالإنحراف السيكوباتي أو القدرة على تحمل الإحباط؟

وعندما نتضح الحاجة إلى الإجابة على هذه التساؤلات يتم تحويل المريض إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتطبيق الاختبارات النفسية المناسبة للمعاونة في الإجابة عليها. أي أنه يتم تحويل المريض إلى الأخصائي النفسي للإجابة على أسئلة محددة وليس لمجرد إجراء مجموعة روتينية من الاختبارات. وفي الولايات المتحدة تتطلب بعض شركات التأمين الصحي أن يتم هذا التحويل بموافقة الطبيب. وتستخدم عادة صيغة خاصة لتحويل المريض للفحص النفسي. ومن أمثلتها النموذج التالي (شكل (١-٤):

REFERRAL FOR PSYCHOLOGICAL TESTING	
Name:	Date/...../.....
Age:	Referred By:
Problem:	
.....	
Testing To:	
Rule Out Dementia ()	
Rule Out Psychotic Disorder ()	
Assess Personality Disorder ()	
Assess Intellectual Level of Functioning ()	
Other: ..	
Remarks: ..	
.....	
.....	
.....	
Signature	

شكل (١-٤) نموذج لتحويل المريض للفحص النفسي

وبناءً على هذا التحويل يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بوضع خطة للفحص السلوكي وتطبيق الاختبارات. فيقوم باختيار المقاييس المناسبة التي يمكن بواسطتها الإجابة على الأسئلة المطروحة عليه. ويعتمد الأخصائي في اختياره للاختبارات على نوع الأسئلة المطروحة، وعلى خصائص المريض كالعمر، ومستوى النمو العقلي، والخلفية الثقافية والاجتماعية للمريض، كما يعتمد اختياره على وجهة النظرية في علم النفس، هل هي وجهة سلوكية أم دينامية. كما يعتمد أيضاً على معرفة الأخصائي بالخصائص السلوكية للاختبارات ومدى ملاءمتها لمقتضى الحال. ذلك أن الاختبار النفسي ليس مجرد مجموعة من الأسئلة أو البنود اللفظية أو العملية أو المصورة أو المسموعة، بل هو في حقيقة الأمر أداة علمية لا بد وأن يتوفر فيها عدد من الخصائص والشروط الهامة. فالاختبار النفسي كما نقول أنستازي هو "مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك" (A. ANASTASI, 1988,p.23). وسوف نناقش هذا التعريف بإيجاز فيما يلي:

خصائص الاختبار النفسي :

١- الاختبار النفسي مقياس لعينة من السلوك:

فهنا يشبه الأخصائي النفسي في عمله الكيميائي عندما يريد تحليل كميات ضخمة من المواد. فهو لا يقوم بتحليل كل الكميات المراد دراسة محتوياتها، بل يقوم بدلاً عن ذلك بأخذ عينة محدودة من تلك المادة ليجري عليها التحليلات اللازمة. ولكي تكون تلك التحليلات علمية ودقيقة، فإنه يتعين عليه أن يأخذ عينات تمثل تمثيلاً جيداً كل كميات المادة الأصلية. وتعتمد دقة النتائج وسلامتها على درجة الدقة في اختيار العينات. ويصدق القول ذاته على المقاييس النفسية. ففي قياس القدرة اللفظية مثلاً عندما نريد معرفة مقدار الرصيد اللغوي للفرد، لأنسأله عن كل المفردات التي يعرفها، بل بالأحرى نسأله عن عينة محدودة من المفردات التي تمثل المستويات المختلفة من المهارة اللفظية والأنواع المختلفة من المفردات. وكذلك الحال في قياس الذكاء أو الشخصية .. فنحن هنا لانتخب كل استجابات الفرد لكل المواقف بأنواعها المختلفة، بل نختبر عينة محدودة تمثل الاستجابات الأصلية.

٢- الموضوعية objectivity:

وتعني الموضوعية التحرر من التحيزات الشخصية في الحكم على المفحوص وأن لا تتأثر النتائج بالأراء الشخصية للقائم بالفحص ولا باختلاف الفاحصين. وتتضح الموضوعية في كل خطوات القياس. فهي تتضح في تطبيق الاختبار، وتصحيحه،

وتفسير نتائجها. وبدون هذه الموضوعية تتعرض نتائج القياس للتشويه الشديد كما تفقد مصداقيتها.

٣- التقنين :

ويعنى التقنين standardization توحيد بنود الاختبار وإجراءات التطبيق والتصحيح جميعها. ويرتبط ذلك أيضاً بتوحيد إجراءات التفسير، وذلك عن طريق إعداد المعايير المستخدمة فى تفسير الاختبار. ولاشك أن توحيد إجراءات تطبيق الاختبار وتصحيحه أمر هام وأساسى لكى نتمكن من مقارنة درجات الفرد بغيره من الأفراد كى نتعرف على المستوى النسبى لأداء الفرد مقارنة بغيره من الأفراد.

ويتضح التقنين فى توحيد ظروف تطبيق الاختبار، والتعليمات الشفهية التى نقدم بها الإختبار للمفحوص، والأمثلة التوضيحية المستخدمة فى شرح طبيعة الاختبار وكيفية الإجابة عليه. كذلك يتم تحديد زمن تطبيق الاختبار، وكيفية الإجابة على الأسئلة التى يحتل أن يطرحها المفحوصون أثناء جلسة تطبيق الاختبار. كما يتضح التقنين فى توحيد الطريقة المستخدمة فى تصحيح استجابات المفحوصين على كل بند من بنود الاختبار. وقد يتطلب ذلك القيام بإعداد نماذج محددة للإجابات الصحيحة يتم مقارنة استجابات المفحوص بها.

ولاشك أن هذه الاجراءات عظيمة الأهمية من أجل إمكان مقارنة أداء الفرد بغيره من الأفراد، إلى جانب أنها ضمان لتحقيق الموضوعية فى التطبيق والتصحيح.

٤- المعايير :

بعد الإنتهاء من تطبيق الاختبار على المفحوص يتم تصحيح الإجابات، وبذلك يحصل المفحوص على درجة تسمى بالدرجة الخام raw score. وهذه الدرجة الخام ليس لها معنى فى حد ذاتها بل لابد من أن نقارن درجة المفحوص بالدرجات التى حصل عليها الأفراد المشابهون له فى مجتمعه. وهذه المقارنة هى التى تمكننا من أن نعرف المستوى النسبى للفرد بالمقارنة بغيره من الأفراد. وهذا وحده هو مايعطى لدرجة الفرد معنى. ولهذا يتعين علينا قبل الاستخدام الفعلى للاختبار وفى مرحلة التقنين أن نقوم بإعداد معايير الاختبار. ويتم إعداد المعايير عن طريق تطبيق الاختبار على عينة كبيرة نسبياً تمثل الجمهور الأصلى، وتشبه الجمهور الذى نعتزم استخدام الاختبار معه. وبناء على ذلك نقوم بإعداد المعايير التى نستخدمها فيما بعد عندما نقوم باختبار أحد الأفراد حيث نقارن درجته بتلك المعايير .. بحيث تصبح المعايير بمثابة

مرجع يتم على ضوئه تفسير الدرجة التي يحصل عليها أى فرد نقوم باختباره فيما بعد. وتكون هذه المعايير متضمنة عادة في كتيب الاختبار.

أنواع المعايير :

هناك عدة أنواع من المعايير نعرض لها بإيجاز فيما يلي:

- ١- **الدرجات العمرية:** ويستخدم هذا النوع من المعايير في الاختبارات التي تقيس النمو العقلي بشكل خاص حيث يمكن ترجمة درجة المفحوص إلى درجات عمرية من قبيل العمر العقلي mental age، كما يمكن قسمة العمر العقلي على العمر الزمني للحصول على نسبة الذكاء IQ.
- ٢- **المئينات:** ويشير المئين percentile إلى النسبة المئوية للأفراد في عينة التقنين الذين تقع درجاتهم تحت درجة المفحوص، وبذلك فإن المئين يعطينا فكرة عن مستوى الفرد بالمقارنة بأفراد عينة التقنين.
- ٣- **الدرجات المعيارية standard scores:** وتشير الدرجة المعيارية للفرد إلى مستوى ذلك الفرد بالمقارنة بمتوسط درجات أفراد عينة التقنين. ويقاس مقدار بعده عن المتوسط بدرجات وكسور الانحراف المعياري بحيث نعرف مقدار بعده عن المتوسط زيادة أو نقصاً. وتتراوح الدرجات المعيارية للفرد بين $+3.00$ - -3.00 . وتحتوي عادة على كسور عشرية. وللتغلب على مشكلة الكسور العشرية والإشارات السالبة، يلجأ بعض علماء النفس إلى استخدام الدرجات المعيارية المعدلة، وذلك باستخدام معادلة خاصة للقضاء على الكسور والإشارات السالبة. ومن أكثر الدرجات المعيارية المعدلة شيوعاً في القياس النفسى ما يسمى بالدرجات الثابتة T. scores.

٥- الثبات reliability :

ويعنى الثبات كما نقول أنستازى "اتساق"^(١) الدرجات (أى عدم تناقضها) والتي يحصل عليها نفس الأفراد إذا قمنا بإعادة اختبارهم بالمقياس نفسه أو بصورة مكافئة منه" (A. Anastasi, 1988, p. 27) أكثر من مرة. إذ لابد وأن تكون النتائج متسقة مع نفسها في حالة إعادة الفحص لكي نستطيع الاعتماد على الاختبار. أما إذا كان الاختبار يؤدي إلى نتائج متناقضة عند إعادة استخدامه فإننا لا نستطيع الوثوق به أو الاعتماد عليه. والواقع أننا في العلوم المختلفة قد نقبل فروقاً طفيفة عند تكرار القياس، عندما

1 - Consistency.

لا تتجاوز هذه الفروق مليمترات قليلة عند قياس ارتفاع أحد الجدران مثلاً، بينما قد نقيس الفروق إذا كانت أقل من المليمتر عند قياس أشياء أصغر من ذلك، ويمكننا أن نقيس فروقاً قد تصل إلى الأميال إذا كنا بصدد قياس مسافات شاسعة، كما هو الحال في علم الفلك عندما نقيس المسافات بين الكواكب مثلاً. وبالطبع إذا زادت تلك الفروق عن الحد أو المستوى المقبول علمياً فإننا نشك في سلامة المقياس نفسه. إذ لا بد من توافر شرط الثبات لكي نستطيع الوثوق بنتائج الاختبار والاعتماد على نتائجه ولكي يكون المقياس مقبولاً أيضاً كأداة علمية. وهناك عدة طرق لتقدير الثبات. وسوف نستعرض هنا بإيجاز أهم تلك الطرق:

أ - الثبات بإعادة تطبيق الاختبار test-retest reliability :

ويتم تقدير الثبات هنا بتطبيق الاختبار نفسه (أو تطبيق صورتين متكافئتين منه) مرتين على عينة التفتين. ويفصل بين التطبيق الأول والثاني فترة زمنية ملائمة (تبعاً لنوع الاختبار والسمة المراد قياسها. ثم نقوم بعد ذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في المرتين فنحصل بذلك على معامل الثبات. ويمكننا بفضل معامل الثبات الذي حصلنا عليه هنا (والذي يمكن تسميته في هذه الحالة بثبات الاستقرار) أن نعرف إلى أي حد تعكس درجات الاختبار الاستقرار النسبي للسمة التي يقيسها الاختبار. فالمفروض أن السمة التي يقيسها الاختبار لها درجة من الاستقرار النسبي، وإلا لما كان هناك مبرر لقياسها لو كانت دائمة التغير. ولا بد من التحقق من أن درجات الاختبار لها هذه الخاصية أي خاصية الاستقرار النسبي. على أنه ينبغي الاحتياط عند دراسة هذا النوع من الثبات من تدخل عوامل التذكر أو التدريب في رفع معامل الثبات بشكل زائف وغير حقيقي. كما يجب أن نأخذ في اعتابارنا أية خبرات (تعليمية أو تدريبية أو صحية أو علاجية... الخ) فيما بين التطبيق الأول والثاني.

ب- الثبات بطريقة الصور المتكافئة equal-forms reliability :

عندما تتوفر لدينا صورتان متكافئتان من نفس الاختبار، فإننا نستطيع أن نطبق الصورتين معاً على عينة الثبات، ونحسب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة على كل منهما. وفي هذه الحالة لا يتطلب الأمر فاصلاً زمنياً كبيراً نظراً لاختلاف مضمون البنود بين الصورتين. فمن الممكن تطبيقهما الواحدة تلو الأخرى مباشرة في نفس الجلسة لو كان ذلك ممكناً. وقيس الثبات هنا مدى تمثيل عينتي البنود في كلا الصورتين للسمة المراد قياسها.

ومن الممكن تطبيق الصورتين بفاصل زمني أكبر، وفي هذه الحالة يعبر معامل الثبات عن كل من جودة تمثيل البنود للسمة من ناحية، ومدى الاستقرار الزمني لنتائج الاختبار من ناحية أخرى.

وفي حالة توفر صورتين متكافئتين من نفس الاختبار فإنه يتحتم أن يورد كتيب الاختبار المعلومات اللازمة عن متوسطات الدرجات وتباينها على كل صورة منهما، وكذلك معامل الارتباط بين الصورتين، بحيث يستطيع مستخدم الاختبار أن يقيم مدى التكافؤ بينهما. (APA, 1974)

ج- الثبات النصفى split-half reliability :

يمكننا حساب الثبات بتقسيم الاختبار إلى نصفين متكافئين. ويلاحظ أن هذا التقسيم يتم عند تصحيح الاختبار وليس عند التطبيق. فمثلاً يمكننا تقسيم الاختبار عند تصحيحه إلى مجموعتين من البنود: مجموعة البنود الفردية ومجموعة البنود الزوجية. ثم نقوم بحساب درجة مستقلة لكل منهما. وبعدها نقوم بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة على كل من النصف الفردي والنصف الزوجي. ونظراً لأن طول الاختبار يؤثر على حجم الثبات فلنأخذ نستخدم معادلة تصحيح خاصة وذلك لكي نقوم بتقدير معامل الثبات للاختبار بكامل طوله (وهو أكبر بالطبع من ثبات نصف الاختبار). وتستخدم في هذا الصدد معادلة سبيرمان- براون Spearman-Brown. ومما يجدر ملاحظته أن حساب الثبات بتتصيف الاختبار لا يصلح لتقدير ثبات الاختبارات التي تعتمد درجاتها على سرعة الأداء.

د- ثبات المصححين scorer-reliability :

يعتمد تصحيح بعض الاختبارات على التقدير الذي يعطيه المصححون لاستجابات المفحوص على الاختبار، حيث لا يعتمد التصحيح في هذه الحالة على استخدام مفاتيح تصحيح موضوعية. ومن أمثلة ذلك مقاييس الإبداع ومعظم الاختبارات الاسقاطية واختبار بندر-جشطلت. وفي هذه الحالة لابد من حساب ثبات المصححين. والأسلوب المتبع هو أن يقوم اثنان من المصححين بتصحيح نفس المجموعة من أوراق الإجابة مستقلين أحدهما عن الآخر. وقبل القيام بعملية التصحيح يتم تدريب المصححين على اتباع نفس الإجراءات في عملية التصحيح. وبعد قيامهما بعملية التصحيح يتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي أعطاهما كل منهما لنفس العينة من أوراق الإجابة. ويعكس هذا النوع من الثبات مدى الموضوعية والذاتية في تصحيح الاختبار.

٦- الصدق Validity:

يعتبر الصدق واحداً من أهم متطلبات الاختبار الجيد. ويشير صدق الاختبار إلى "درجة قياس الاختبار لما يدعى أنه يقيسه فعلاً" (A. Anastasi, 1988, P.28). فإذا كان لدينا اختبار يزعم مؤلفه أو مصممه أنه يقيس الذكاء فلا بد من أن نتحقق من صحة هذا الإدعاء بطريقة تجريبية. إذا كان لدينا مقياس يدعى أنه يقيس الإنطواء أو المجازاة الاجتماعية فلا بد من التحقق من صحة وسلامة هذا الإدعاء. كما يشير الصدق أيضاً إلى مدى سلامة وملاءمة الاستنتاجات التي نستنتجها من درجات الاختبار أو من أساليب التقدير الأخرى. (APA, 1974). ويرى كرونباك أنه لا يوجد شيء يسمى صدق الاختبار بوجه عام " فليس هناك لاختبار صادق بالنسبة لكل الأغراض، وفي كل المواقف، ولكل الجماعات " (من خلال : Silva, 1991, P. 67) وهناك أسئلة عديدة يمكن طرحها حول صدق الاختبار، ومن الممكن أن نوجز تلك الأسئلة في سؤالين رئيسيين:

- أ - ما الذي يمكننا استنتاجه حول السمة أو الخاصية التي يقيسها الاختبار؟
 - ب- ما الذي يمكننا استنتاجه حول أنواع السلوك التي يزعم الاختبار أنه يتنبأ بها؟
- ويتعلق السؤال الأول بالطبيعة الحقيقية للبعد الذي يقيسه الاختبار، حيث يمكن النظر إلى الاختبار باعتبار أنه تعريف إجرائي للسمة أو القدرة أو المهارة التي يحاول مصمم الاختبار قياسها. والسؤال المهم هنا هو إلى أي حد تمثل درجات الاختبار هذا المجال السلوكي؟

أما السؤال الثاني فيتعلق بفائدة المقياس كمؤشر يشير إلى متغير آخر ويحاول التنبؤ بذلك المتغير السلوكي. وبذلك تكون المشكلة الأساسية هنا هي الوصول إلى استنتاج محدد حول مدى ارتباط درجات الاختبار بأحد أشكال السلوك الأخرى (ibid).

وهناك عدة أنواع من الصدق. كما يلاحظ أن علماء النفس قد استخدموا الكثير من المصطلحات أو الأسماء للإشارة إلى أنواع الصدق المختلفة. ونصنف أنواع الصدق هنا إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي:

- أ- صدق التعلق بالمحك
 - ب- صدق المضمون
 - ج- صدق المفهوم
- وسوف نناقش هنا بإيجاز كل نوع من هذه الأنواع على حدة.

أولاً: صدق التعلق بالمحك criterion-related validity :

ولهذا النوع من الصدق أهمية كبرى عند استخدام درجات الاختبار في التنبؤ بوضع الفرد بالنسبة إلى متغير آخر مستقل عن الاختبار. وهذا المتغير المستقل الذي نحاول التنبؤ به هو ما يسمى بالمحك. ويميز علماء النفس بين نوعين فرعيين من صدق التعلق بالمحك:

أ- الصدق التنبؤي predictive validity :

وهو يشير إلى إمكانية استخدام درجات الاختبار في التنبؤ بموقف الفرد مستقبلاً بعد مروره بخبرات تربوية أو تدريبية أو علاجية. ولكي نقوم بحساب وتقدير هذا النوع من الصدق فإننا نقوم بتطبيق الاختبار على العينة قبل بداية البرنامج (التدريبي مثلاً) وبعد نهاية التدريب أو عند مراحل مختلفة منه، كما يتم الحصول على معلومات المحك^٢ التي تعكس مستويات الأداء الفعلي لأفراد العينة. وبذلك نستطيع تحديد مدى العلاقة بين الاختبار والمحك ونوع هذه العلاقة.

ب- الصدق التلازمي concurrent validity :

وهو يشير إلى إمكانية استخدام درجات الاختبار في تقدير المستوى الحالي للفرد بالنسبة إلى المحك. وبذلك فإنه لا يوجد فاصل زمني بين إعطاء الاختبار للفرد وبين جمع البيانات عن مستوى الفرد على المحك. مثال ذلك أن نحاول التعرف على قدرة الاختبار على التنبؤ بالتشخيص السيكياتري. ورغم إمكانية استخدام البيانات المتجمعة من دراسة الصدق التلازمي في تقدير الصدق التنبؤي، ومع ذلك لا ينبغي استخدام البيانات المتجمعة من الصدق التلازمي كبديل عن الصدق التنبؤي دون تبريرات منطقية قوية وملائمة (APA, 1974).

المحكات الإكلينيكية:

هناك عدد من المحكات التي يشيع استخدامها في تقدير صدق الاختبار ومن بين هذه المحكات:

- أ - التشخيص السيكياتري.
- ب- نتائج فحص الجهاز العصبي بجهاز رسم المخ EEG أو بالأشعة.
- ج- الأداء على الاختبارات الأخرى.
- د- مدى الاستجابة للعلاج النفسي.
- هـ- تقديرات الأشخاص الآخرين لسلوك الفرد.
- و- أداء الفرد الدراسي أو المهني.

ثبات وصدق المحك:

إذا كنا نستخدم المحك لتحديد صدق الاختبار فلا بد وأن نتأكد من أن المحك نفسه ثابت وصادق. ولابد من التحقق من ملائمة المحكات المستخدمة وجودة تلك المحكات، وذلك من خلال الدراسات التي تحدد مدى ثبات المحك وصدقه. ومن أمثلة ذلك دراسة ثبات وصدق التشخيص السيكياتري. ولابد من التأكد من عدم تلوث المحك^٣ أى عدم تأثر تقديرات المحكمين بما قد يعرفوه من نتائج الاختبار. فمثلاً إذا طلبنا من مجموعة من المدرسين تقدير مدى ذكاء عينة من التلاميذ بهدف استخدام هذه التقديرات في حساب صدق أحد اختبارات الذكاء، فإن اطلاع هؤلاء المدرسين على درجات التلاميذ على اختبار الذكاء يمكن أن تؤثر على أحكامهم على مستوى القدرة العقلية لهؤلاء التلاميذ. وهذا هو مانطلق عليه اسم تلوث المحك. لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع انظر: (A. Anastasi, 1988; F. G. Brown, 1976)

ثانياً: صدق المضمون content validity:

يميز فردريك براون (F. G. Brown, 1976) بين الاختبارات التي تمثل مضموناً أو مفهوماً بعينه من المفاهيم العلمية وبين الاختبارات التي تحاول التنبؤ بالسلوك الخارجي. وقد سبق لنا الكلام عن الاختبارات التي تحاول التنبؤ بالسلوك عند حديثنا عن صدق التعلق بالمحك. أما الاختبارات التي تدعى أنها تمثل بعداً سلوكياً أو مجالاً نفسياً، فهي التي تحتاج إلى التحقق من صدق المضمون أو صدق المفهوم قبل أن يتسنى لنا استخدامها. وهنا يعود براون فيميز داخل فئة الاختبارات التي تقيس مجالاً بعينه بين نوعين:

- أ - اختبارات تعتبر بمثابة عينات من المجال أو المضمون (المحتوى) الأصلي.
- ب- اختبارات تعتبر بمثابة مؤشرات أو علامات على المفهوم موضع الدراسة.

والفرق بينهما أن المجال في الحالة الأولى مجال محدود ومعروف أوله وآخره. مثال ذلك أحد المقررات الدراسية كالحساب في الصف الثالث الابتدائي مثلاً. أما المجال الثاني فهو مجال مفتوح. ويحاول الاختبار أن يظهر السلوك الدال على هذا المجال. ومثال ذلك اختبار يقيس إحدى القدرات الإبداعية كالأصالة مثلاً.

ونحن نحتاج عادة إلى التحقق من صدق الاختبارات التحصيلية التي تستهدف قياس مستوى المهارة أو المعرفة بمجال محدد. وإن كان من الممكن استخدامها بالنسبة لأنواع أخرى من الاختبارات مثل بعض اختبارات الشخصية. وبهنا عند دراسة

3 - Criterion contamination.

صدق المضمون أن نتحقق من مدى جودة تمثيل بنود الاختبار لمضمون أو محتوى المقرر الذي نريد قياس مدى التحصيل فيه وكذلك من درجة قياس الاختبار أيضاً للأهداف الدراسية المنشودة من هذا المقرر.

وتعتمد دراسة صدق المضمون على عملية الحكم على محتوى كل من المقرر الدراسي والاختبار لتحديد مدى تمثيل أجزاء الاختبار لفئات المقرر المختلفة والأهداف الدراسية المنشودة منه. ولا يحتاج ذلك عادة إلى حساب معاملات إحصائية خاصة. ويلاحظ أن صدق المضمون يختلف عما يسمى بالصدق الظاهري أو الصدق السطحي face validity. فالصدق الظاهري هو مجرد الحكم بأن متطلبات الاختبار تبدو للمفحوصين متعلقة بالموقف الذي يتم فيه الاختبار أو بالأهداف المنشودة من الاختبار. ولاشك أن وضوح هذا المطلب يزيد من تعاون المفحوصين ويرفع من مستوى الدافع لديهم لبذل أقصى جهدهم. وإلى جانب ذلك يساعد الصدق الظاهري على اقتناع الرأي العام بأن الاختبار يتعلق فعلاً بالأهداف المنشودة منه. ومن الأمثلة التي يذكرها المؤلف فيما يتعلق بالصدق الظاهري ما حدث عند استخدام بعض الاختبارات النفسية للمساعدة في عملية اختيار الطلاب للمعاهد الفنية التابعة لأكاديمية الفنون في مصر في الستينيات. فقد استخدمت بعض اختبارات الإبداع التي اشتملت على بعض البنود مثل: ماهى التحسينات التي يمكن إدخالها على أشياء مثل التليفون أو القلم الرصاص ... الخ، أو ماهى أوجه الاستخدام المختلفة التي يمكن أن نستخدم فيها أشياء مثل القلم الرصاص أو قالب الطوب. فلقد أثارت هذه البنود الكثير من الاستغراب والتندر بل وعدم التعاون من جانب بعض المفحوصين. وقد أدى ذلك إلى إدخال بعض التعديلات على شكل البنود بحيث تبدو أكثر تعلقاً بمجالات الفنون. وعلى سبيل المثال استخدمت بنود مثل: آلة تصوير، عود ... الخ. فالصدق الظاهري لا يضيف شيئاً إلى القيمة الحقيقية للاختبار ولا يرفع من صدقه التنبؤي إلا أنه يضيف على الاختبار مظهراً يساعد على تعاون المفحوصين واقتناعهم كما يساعد أيضاً على تفهم الجمهور وتقبله لعملية الاختبار.

ثالثاً: صدق المفهوم construct validity :

تشكل المفاهيم العلمية اللبنة الأساسية التي يتكون منها بناء النظرية العلمية. ويتحتم في العلم أن تكون المفاهيم محددة تحديداً جيداً، حيث يتم تعريف المفاهيم تعريفاً إجرائياً، أي أنه يتم تعريفها عن طريق الخطوات التي تتبع للتحقق من صحة المفاهيم.

ولاشك أن الاختبارات وسيلة هامة في عملية قياس وتحديد المفاهيم. والواقع أن كلاً من صدق التعلق بالمحك وصدق المضمون لا يركزان اهتمامهما الأساسي على طبيعة المفاهيم أو السمات النظرية التي يقيسها الاختبار. والمفهوم العلمي هو عبارة عن فكرة نظرية تم تطويرها علمياً لكي تشرح وتنظم بعض مظاهر المعرفة العلمية. ومن أمثلة المفاهيم العلمية مفاهيم الذكاء أو القلق أو الاستعداد الكتابي... الخ. وتحاول دراسات صدق المفهوم أن تجيب على السؤال: ماهو المفهوم الذي يقيسه الاختبار؟ ومامدى جودة قياس الاختبار لهذا المفهوم؟ والواقع أنه لا تكفى دراسة واحدة لإلقاء الضوء على صدق المفهوم، بل يتطلب الأمر عادة إجراء الكثير من الدراسات التي تؤدي إلى تراكم المعلومات حول طبيعة المفهوم (أو المفاهيم) التي يقيسها الاختبار... ويشبه منطق صدق المفهوم وطرائق استخلاصه خطوات المنهج العلمي وإجراءاته في كثير من الوجوه. ذلك أن الباحث يبدأ بنظرية تتضمن مفهوماً علمياً ويفترض أن الاختبار يقيس هذا المفهوم. ثم يقوم الباحث باستخلاص عدد من التنبؤات بناءً على هذه النظرية حول العلاقات القائمة بين المتغيرات المتصلة بهذا المفهوم. ثم يقوم بعد ذلك باختبار صحة هذه التنبؤات بطريقة امبيريقية (خبرية).

وبناءً على هذا الاختبار امبيريقى يقبل الباحث النظرية أو يقوم بتعديلها. وتؤدي التنبؤات المستمرة والاختبارات امبيريقية وما يتبع ذلك من مراجعة للنظرية التي يبنى عليها الاختبار إلى تحديد المفهوم تحديداً دقيقاً (F. G. Brown, 1976, p. 129).

وبذلك فإن الباحث يقوم بعملية الصياغة النظرية للمفهوم الذي يقيسه الاختبار، ثم يقوم باستنتاج عدد من الفروض حول سلوك الأفراد ذوي الدرجات المختلفة (ارتفاعاً وانخفاضاً) على الاختبار.. ثم يقوم بإجراء الدراسات التجريبية التي قد تؤيد أو تنفد هذه الفروض. وبناءً على ذلك يصبح التصور النظرى مقبولاً أو بحاجة إلى تعديل بحيث يتماشى مع الوقائع الفعلية.

ويلاحظ أن عملية استخلاص صدق المفهوم عملية مستمرة تفيد من كل ما يمكن أن يلقي الضوء على طبيعة المفهوم الذي يقيسه الاختبار. ويمكن تصنيف أهم الأساليب المستخدمة في التحقق من صدق المفهوم فيما يلي:

أ - التغيرات المصاحبة للنمو:

وقد استخدم هذا الأسلوب بكثرة في التحقق من صدق اختبارات الذكاء. وتبعاً لهذا الأسلوب الذي يطلق عليه أيضاً اصطلاح التمييز العمري فإن درجات الاختبار يجب أن تكون لها علاقة متسقة مع العمر. فدرجات اختبار الذكاء ينبغي أن تأخذ اتجاهات متزايدة بصورة منتظمة ومتسقة مع تزايد السن إلى أن يصل نمو الذكاء إلى مرحلة الاستقرار (في العشرينات مثلاً). وبالطبع يصدق هذا المحك فقط على

الاختبارات التي تقيس سمات أو قدرات تنمو مع تزايد العمر. وبذلك فهو لايناسب الأنواع الأخرى من الاختبارات مثل اختبارات الشخصية.

ب- علاقة الاختبار بغيره من الاختبارات:

حيث تلقى الدراسات الارتباطية للاختبار مع غيره من الاختبارات الأخرى الضوء على طبيعة ما يقيسه الاختبار. مثال ذلك دراسة مشكلة الارتباط بين الانبساط والعصبية. كما تستخدم الدراسات العملية أيضاً لإلقاء الضوء على العوامل التي يقيسها الاختبار. وبذلك نستطيع أن نحدد التباين المشترك والتباين النوعي للاختبار. والأمثلة كثيرة على الدراسات العملية للاختبارات. مثال ذلك التحليل العاملي لمقاييس جيلفورد للشخصية (م. فراج، ١٩٨٠).

ج- علاقة الاختبار بالمحككات الخارجية:

ترجع أهمية الدراسات التي تتناول علاقة الاختبار بالمحككات الخارجية إلى أنها تلقى الضوء على طبيعة المفهوم الذي يقيسه الاختبار. ولذلك تفيد دراسات صدق التعلق بالمحك من هذه الناحية. فمثلاً الاختبار الذي يزعم أنه يقيس الإبداع لابد وأن يثبت مصمم الاختبار أن هذا الاختبار يمكنه التمييز بين المبدعين وغير المبدعين، أو بين المرتفعين والمنخفضين في الإبداع في مجالات الفنون والآداب والعمارة... الخ. كذلك إذا كان لدينا مقياساً يقيس الاكتئاب النفسي فقد نقوم بإجراء دراسة على العلاقة بين درجات الاختبار والتشخيص السيكياتري للاكتئاب لدى عينة من المرضى النفسيين.

د- آثار الظروف البيئية على درجات الاختبار:

يمكن إلقاء الضوء على طبيعة ما يقيسه الاختبار بالنظر في الدراسات التي يتم فيها تطبيق الاختبار قبل وبعد تعرض الأفراد لظروف خاصة كالتمرين أو العلاج النفسي. فالتغيرات التي تطرأ على درجات الاختبار نتيجة لذلك يمكنها أن تلقى الضوء على طبيعة المتغيرات التي يقيسها الاختبار. وبوجه عام فإن كل ما يلقى الضوء على الاختبار يضيف المزيد من المعرفة والفهم العلمي للمتغيرات أو المفاهيم التي يقيسها الاختبار.

ونود قبل الانتهاء من مناقشة الصدق أن نؤكد على أن صدق الاختبار نوعي تماماً. وذلك بمعنى أن صدق الاختبار في أحد المواقف أو في أحد المجتمعات لا يضمن صدقه في كافة المواقف أو المجتمعات الأخرى. فلا يوجد صدق عام يغطي كافة المواقف. ولذلك فعند استخدام الاختبار في مجال أو موقف معين لابد من إجراء دراسات خاصة للتحقق من صدق الاختبار في تلك المواقف.

المعايير الأخلاقية المنظمة لاستخدام الاختبارات النفسية:

الاختبارات النفسية عبارة عن أدوات علمية تستخدم لخدمة الإنسان. ويترتب على سوء استخدامها إلحاق الضرر بالأفراد والمجتمع. وقد حرصت رابطة علم النفس الأمريكية على صياغة المعايير الأخلاقية المتعلقة باستخدام الاختبارات وذلك تنبيهاً للمتخصصين وحماية للمهنة من الجهلاء أو الأذعيا، أو غيرهم ممن يمكن أن يسيئوا استعمال الاختبارات. وسوف نعرض هنا بصورة موجزة لبعض تلك المبادئ والمعايير الأخلاقية (APA, 1974, pp. 56-73).

أولاً: مؤهلات مستخدمي الاختبارات واهتماماتهم:

- أ - يجب أن يكون مستخدم الاختبار على معرفة جيدة بمبادئ القياس وحدود تفسير الاختبارات.
- ب- يجب على مستخدم الاختبار أن يتزود بالمعرفة والفهم للتراث المنشور والمتعلق بالاختبار الذي يستخدمه وبمشاكل القياس التي يتعامل معها.
- ج- يجب أن يتوفر لدى الشخص المسئول عن اتخاذ القرارات المتعلقة بالأفراد أو عن رسم السياسات المبنية على نتائج الاختبار الفهم الكافي للقياس النفسي والتربوي وللصدق وللبحوث والدراسات المتصلة بالاختبارات.
- د- يجب على مستخدمي الاختبارات تجنب التمييز العنصري أو التعصب في اختيار الاختبارات وتطبيقها وتفسيرها كما يجب تجنب أي مظهر من مظاهر التمييز في ممارساتهم.
- هـ- يجب على مستخدمي الاختبار بالمؤسسات المختلفة سن الإجراءات التي تكفل المراجعة الدورية لاستخدام الاختبار.

ثانياً: اختيار أو تطوير الاختبارات أو الإجراءات:

- أ - يجب أن يكون اختيار الاختبارات أو أساليب الفحص الأخرى وكذلك تطوير هذه الاختبارات والأساليب مبنياً على أساس أهداف أو فروض مصاغة صياغة واضحة.
- ب- يجب على مستخدم الاختبار أن يأخذ بعين الاعتبار أكثر من متغير واحد عند القيام بالفحص النفسي، وأن يستخدم أكثر من منهج واحد بالنسبة لكل متغير.
- د- عند قيام الأخصائي باستخدام أحد المقاييس المتوفرة، عليه ربط تاريخ البحوث على المقياس وتطوراتها بالاستخدام المستهدف للاختبار.

ثالثاً: التطبيق والتصحيح:

- أ - على مستخدم الاختبار أن يتبع بصورة دقيقة الإجراءات المقننة الموصوفة في كتيب الاختبار.
- ب- على القائم بتطبيق الاختبار توفير ظروف التطبيق التي تتسق مع مبدأ التقنين، والتي تمكن كل مفحوص من بذل أقصى الجهد، كما أنه يجب عليه تحري الدقة في التصحيح، وتسجيل النتائج.
- ج- يشارك مستخدم الاختبار المؤلف والناشر في مسؤولية المحافظة على سرية وأمان الاختبار.

رابعاً: تفسير النتائج :

- أ - ينبغي أن تفسر درجات الاختبار على أنها تقديرات للأداء في ظل مجموعة معينة من الظروف. فلا ينبغي أن تفسر درجة الاختبار على أنها صفة مطلقة للفرد أو على أنها شيء دائم أو يمكن تعميمه على كل الظروف الأخرى.
- ب- يجب قصر إعطاء درجات الاختبار على الأشخاص المؤهلين لتفسير تلك لدرجات. وعند إعطاء الدرجات يجب أن يصحبها شرح كاف لتفسيرها تفسيراً صحيحاً.
- ج- على مستخدم الاختبار أن يتفحص بعناية منطق وصدق التفسيرات المستمدة من برامج الكمبيوتر.
- د- على مستخدم الاختبار أن يأخذ في اعتباره التفسيرات البديلة لدرجات الاختبار.

تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات :

يتعين على الأخصائي النفسي تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات. ويمكن إعطاء الاختبار في أي مكان مناسب بالعيادة النفسية أو بالمدرسة أو أي مكان آخر بشرط توفر الهدوء وعدم وجود مشتتات، وذلك حتى يتمكن المفحوص من تركيز انتباهه على الاختبار وليس على الأشياء الأخرى التي يمكن أن تحدث أثناء التطبيق بما يؤثر على صدق الاختبار، خاصة وأن الكثير من المرضى النفسيين يعانون أصلاً من تشتت الانتباه. فمثلاً يجب ألا يجلس المفحوص في مواجهة نافذة تطل على مناظر مشتتة للانتباه. وبالنسبة لكثير من الاختبارات يجب أن يجلس الأخصائي النفسي في مواجهة المفحوص بحيث يتمكن من ملاحظة سلوكه وتسجيل استجاباته. وعند اختبار الأطفال قد نجد أن الطفل متردد في البقاء بمفرده مع الأخصائي، وفي هذه الحالة قد يمكن طمأنة الطفل بإيضاح أن الأم أو الأب في الانتظار بالحجرة المجاورة. أما إذا

تعذر بقاء الطفل منفرداً، فمن الممكن جلوس الأم أو الأب في حجرة الاختبار، على أن نشرح لهما مسبقاً أن عليهم عدم التدخل أو الكلام أثناء جلسة الاختبار.

التقرير السيكولوجي:

بعد الانتهاء من تطبيق الاختبار يقوم الأخصائي النفسي بتصحيح الاختبار تبعاً للتعليمات الواردة في كتيب الاختبار. ويستخدم الكمبيوتر أحياناً في تصحيح الاختبار، أو في إعطاء تقرير مبدئي عن نتائج الاختبار. ويقوم الأخصائي النفسي باستخدام هذا التقرير المبدئي في إعداد تقريره النهائي.

ويحتوي التقرير السيكولوجي عادة على عدد من البيانات والمعلومات الأساسية التي تعرض بطريقة منظمة تساعد على تفسيرها تفسيراً سليماً.

PSYCHOLOGICAL REPORT

Name: Date : / /

Education: Birth Date: / /

Sex: Male Female Age:

Marital Satus: Work:

Referred By:

Psychologist:

Problem:

Rule out organic brain disorder

Rule out mental retardation

Assess personality and personality disorder

Brief History and Complaint:

Tests & Results

ونعرض هنا بالتفصيل الدرجات التي حصل عليها المفحوص على كل اختبار، مع إعطاء المعيار الذي نقارن على أساسه درجة المفحوص.

Interpretation:

ونقدم هنا تفسيرات مفصلة لأداء المفحوص على الاختبارات المختلفة. ودلالة ذلك بالنسبة لتشخيص حالة المريض أو تحديد مشكلاته.

Recommendations:

Signature

الفصل الخامس

قياس الذكاء في الفحص الإكلينيكي

الفصل الخامس

قياس الذكاء فى الفصص الإكلينيكي

لا يمكن التاريخ لقياس الذكاء دون الحديث عن عالم النفس الفرنسى ألفرد بينيه A. Binet. فإليه يرجع الفضل فى ابتكار اختبارات الذكاء منذ ماينوف على مائة عام. وقد أسهم معه بالجهد حينئذ كل من هنرى وسيمون. وقد جاء ابتكاره مصداقاً للقول بأن الحاجة هى أم الاختراع. فلقد كان ابتكار بينيه لقياس الذكاء استجابة لحاجة ملحة أدركتها واهتمت بها الأوساط التربوية فى فرنسا فى ذلك الحين، ألا وهى مشكلة الأطفال الذين يجدون صعوبات جمة فى متابعة الدراسة فى الفصول الدراسية العادية. وقد عقد مؤتمر فى باريس فى سنة ١٩٠٤ لمناقشة تلك المشكلة وشارك فى هذا المؤتمر ألفرد بينيه. وكان من أبرز المشكلات الملحة التى ناقشها المؤتمر إيجاد وسيلة موضوعية لتقدير مستوى ذكاء الأطفال.

وفى العام التالى (سنة ١٩٠٥) خرج بينيه على العالم بمقياسه الذى استهدف قياس الوظائف العقلية مباشرة، وليس القدرات الحسية والحركية. وبذلك فقد اختلقت طريقة معالجته للمشكلة عن الطريقة التى اتبعها علماء النفس السابقون عليه. فقد ركز أولئك العلماء جهودهم على قياس القدرات الحسية والحركية وتأثرت نظرتهم للمشكلة ومعالجتها لها بالإطار الفلسفى الارتباطى الذى كان يرى أن الأفكار إنما هى عبارة عن بناء مركب من انطباعات الحواس. كما تأثرت نظرتهم أيضاً من ناحية أخرى بعلم النفس الفسيولوجى عند ألكسندر بين A. Bain والذى أكدت نظرياته على أهمية قياس الوظائف النفسية الحركية (R.D. Savage, 1974).

وقد استهدف بينيه قياس عشرة وظائف عقلية تشمل الانتباه، والذاكرة، والفهم، والقوة العضلية، والحكم على المجال البصرى، والإدراك أو الفهم العام، والمبادأة، والقدرة على التكيف، والاستدلال، والتجريد.. وقد أدخل بينيه فى مراجعته للمقياس فى سنة ١٩٠٨ مفهوم العمر العقلى. ويعكس ذلك إحدى الخصائص الهامة للذكاء وهى خاصية أن الذكاء ينمو بطريقة مشابهة للنمو الجسمى. وقد أسهمت جهود عالم النفس البريطانى سبيرمان Spearman والتى بدأت فى نفس الوقت تقريباً (١٩٠٤) فى التحديد الواضح لطبيعة الأداء العقلى. فمن خلال استخدام سبيرمان للأساليب التجريبية والإحصائية، وبشكل خاص التحليل العاملى أكد سبيرمان على أهمية قياس العامل

العام. وقد رأى سبيرمان أن العوامل النوعية^(١) ليست لها أهمية تنبؤية لأنها ترتبط بالأداة المستخدمة في القياس. وقد أضاف ثرستون إلى ذلك مفهوم العوامل الطائفية^(٢) والتي يمثل كل عامل منها قدرة من القدرات المستقلة نسبياً عن غيرها من القدرات أو الاستعدادات. وكان من أهم تلك العوامل الطائفية الغهم اللفظي، وطلاقة الكلمات، والعامل العددي، والعامل المكاني، والسرعة الإدراكية، والذاكرة الارتباطية، والاستدلال العام.

وقد قدم بعض علماء النفس تصوراتهم المختلفة للنموذج أو البناء الذي ينتظم فيه كل من العامل العام والعوامل الطائفية والمظاهر السلوكية النوعية. وحسب ما قدمه سيريل بيرت وفرنون فإن البناء العقلي يأخذ شكلاً هرمياً تقع عند قاعدته الأشكال النوعية من السلوك، وعند المستوى التالي يتم تلخيص أو تجميع هذه الأشكال السلوكية الفرعية في عوامل طائفية (من العوامل أو الاستعدادات أو القدرات كالعامل اللفظي والعامل العددي .. الخ). وفي أعلى التنظيم الهرمي يقع العامل العام أو الذكاء.

أهداف قياس الذكاء بالعبادة النفسية :

لاشك أن اختبارات الذكاء تعتبر من أكثر الاختبارات استخداماً في العيادات النفسية وفي معظم المجالات الأخرى التربوية والصناعية. وتستخدم مقاييس الذكاء بالعبادة النفسية لعدة أغراض أهمها المعاونة في التشخيص وكذلك في تقييم آثار العلاج النفسي وبرامج التنمية السلوكية.

١- المعاونة في التشخيص:

فمن الأسئلة التي تطرح بكثرة على الأخصائي النفسي السؤال المتعلق بتقييم مستوى ذكاء أحد الأفراد وتحديد ما إذا كان يعاني من التخلف العقلي، وفي حالة وجود تخلف عقلي هل هو تخلف خفيف أم متوسط أم شديد أم عميق.. وبناءً على ذلك يتم استكمال المعلومات التي تساعد على رسم خطة العلاج أو أساليب الرعاية والتدريب ومدى مانتوقعه من تقدم للفرد نتيجة للتدريب أو العلاج.

كذلك يمكن لقياس الذكاء أن يلقي الضوء على أسباب ظهور بعض الاضطرابات العصابية كالقلق أو الاكتئاب النفسي، والتي قد ترجع إلى انخفاض قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات البيئة كالعامل أو الدراسة أو التي قد ترجع بعكس ذلك إلى ارتفاع مستوى ذكاء الفرد عما يتطلبه العمل. فمن المعروف أن العمل إذا كان روتينياً جداً

1 - Specific factors

2 - Group factors

ولا يتحدى القدرات العقلية للفرد يمكن أن يصبح مصدراً من مصادر عدم التوافق عند ذلك الفرد.

وفي بعض الأحيان الأخرى يمكن لقياس الذكاء أن يساعد على معرفة ما إذا كان المريض يعاني من الفصام أم أنه مختلف عقلياً، أو ما إذا كان يعاني من الاضطرابات الوظيفية أو الاضطرابات العضوية للدماغ.

٢- تقييم آثار العلاج أو مدى ملائمته لحالة المريض:

تتبع آثار الشفاء من الأعراض المرضية على تحسن القدرة العقلية للفرد. وبذلك فإن قياس الذكاء قبل بداية العلاج النفسي، وبعد إتمام العلاج يمكن أن يعطينا مؤشراً لمدى التحسن ودرجة نجاح أساليب العلاج المستخدمة. وهنا تواجهنا مشكلة اختيار الاختبار الذي يصلح لأداء هذه المهمة. بمعنى أن يكون الاختبار حساساً لهذه التغيرات. وكما تقول مويرا وليامز (M. Williams, 1965, P. 10) فإن "الأشكال المختلفة من العلاج تؤثر على أنواع مختلفة من الوظائف العقلية، ولذا يكون الاختبار المستخدم فمن الضروري أن يهدف إلى تغطية مدى واسع من القدرات بقدر الإمكان وذلك لضمان ألا تقلت منا أية متغيرات هامة".

على أن إعادة تطبيق الاختبار بهدف تقييم آثار العلاج تتأثر من ناحية أخرى مشكلات التذكر والتدريب، بحيث أن من الممكن أن يؤدي ذلك إلى تحسن زائف في الدرجات لا يرجع في حقيقة الأمر إلى تحسن حقيقي في الحالة النفسية للمريض. ويمكن الاحتياط لذلك باستخدام صور متكافئة من الاختبار. وفي هذه الحالة نقوم بتطبيق إحدى الصورتين في المرة الأولى قبل بدء العلاج، ثم نستخدم الصورة الأخرى عند إتمام العلاج وإعادة التقييم. ويجدر الإشارة إلى أن بعض الاختبارات أكثر حساسية وتأثراً بإعادة تطبيق الاختبار على نفس الفرد أكثر من مرة (كاختبار الألغاز) بينما بعض الاختبارات أقل تأثراً بذلك (كاختبار المفردات اللفظية). على أنه يلاحظ أن آثار العلاج على القدرات العقلية ليست دائماً إيجابية. فالصدمات الكهربائية مثلاً قد تؤثر تأثيراً سلبياً على وظائف الذاكرة. ولهذا أيضاً يوصى بعدم إعطائها للمريض إذا كان يعاني أصلاً من مشكلات في الذاكرة. ويعطى ذلك مثلاً لاستخدام الاختبارات في المساعدة على اتخاذ القرار المناسب بشأن ملائمة إحدى وسائل العلاج لحالة المريض. ويتضح ذلك الشيء نفسه بالنسبة لاتخاذ قرار حول مدى ملائمة استخدام أحد أنواع العلاج النفسي التي تتطلب درجة عالية من الذكاء لنجاح استخدامها. ففي هذه الحالة يمكن أن يساعد قياس الذكاء على تحديد أكثر وسائل العلاج ملائمة للمريض. وسوف نقدم فيما يلي بعض الأمثلة لأهم الاختبارات المستخدمة في العيادة النفسية.

مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء: Stanford-Binet Scale of Intelligence

تعتبر مراجعة ترمان لمقياس بينيه والتي ظهرت عام ١٩١٦ تحت إسم ستانفورد-بينيه أهم المراجعات أو التعديلات التي تمت على المقياس. فقد أدخلت تلك المراجعة الكثير من التعديلات والتحسينات على المقياس الأصلي بحيث طورته تطويراً هائلاً. وفي سنة ١٩٣٧ قدم ترمان وميريل المراجعة الثانية للمقياس، والتي اشتملت على إعداد صورتين من المقياس هما الصورة "ل"، والصورة "م". وقد تميزت هذه المراجعة بتقنين الاختبار على عينة أفضل تمثيلاً للمجتمع الأمريكي، كما أن المقياس أصبح يغطي مدى أكبر من العمر، يمتد من سن سنتين حتى مستوى الراشدين. وظهرت المراجعة الثالثة للمقياس سنة ١٩٦٠ حيث حاول ترمان وميريل جعل المقياس يتمشى مع التطورات الثقافية التي حدثت بالمجتمع الأمريكي. وقد تم في هذه المراجعة ضم أفضل مافى الصورتين من البنود في مقياس واحد أطلقاً عليه اسم الصورة "ل-م". وقد اعتمد تحليل البنود على التطبيقات السابقة للصورتين "ل" و"م" على ٤٥٠٠ شخص، كما اشتملت الصورة "ل-م" على ٢٠ مستوى عمرياً، تمتد من سن سنتين بمستويات نصف سنوية حتى سن خمس سنوات، ثم نجد بعد ذلك مستويات سنوية من سن ست سنوات حتى سن ١٤ سنة، وبعد ذلك نجد مستوى الراشد المتوسط ثم ثلاثة مستويات للراشد المتفوق. ونجد عند كل مستوى من هذه المستويات السابقة الذكر ستة اختبارات وذلك باستثناء مستوى الراشد المتفوق والذي يشتمل على ثمانية اختبارات. كذلك نجد أن هناك اختباراً احتياطياً عند كل مستوى من المستويات. ومن أهم ما يميز مقاييس ستانفورد-بينيه منذ المراجعة الأولى اشتمالها على تعليمات مفصلة للتطبيق والتصحيح بما يكفل التقليل من تدخل العوامل الذاتية للأخصائي القائم على تطبيق وتصحيح الاختبار بقدر الإمكان.

وقد قام اسماعيل القبانى بنقل مراجعة ستانفورد-بينيه (مراجعة ١٩١٦) إلى اللغة العربية في سنة ١٩٣٧، مع إدخال التعديلات اللازمة لجعله ملائماً للبيئة المصرية. كما قام محمد عبد السلام أحمد ولويس كامل مليكة في سنة ١٩٥٦ بإصدار النسخة العربية لمراجعة ستانفورد-بينيه لسنة ١٩٣٧ (الصورة ل)، مع تعديل بنود ومواد الاختبار بما يتناسب مع البيئة المصرية. وقد قاما بإجراء بعض التجارب المبدئية للتحقق من مدى صلاحية مواد المقياس، مع إدخال التعديلات اللازمة وإعداد كتيب التعليمات وكراسة الإجابة (م. ع. أحمد، لويس كامل مليكة ١٩٦٨، لويس كامل مليكة ١٩٧٧). وقام مصري حنورة وكمال مرسى بترجمة وإعداد وتقنين الصورة ل-م في البيئة المصرية (مصري حنورة، كمال مرسى، ١٩٩٢). وقد اشتملت عينة التقنين على عينات فرعية تمثل إلى حد ما المناطق الجغرافية في مصر، "سواء في الوجه

القبلى أو القاهرة أو الوجه البحرى، ولكن لطروف خارجة لم يتمكننا من تغطية الوجه البحرى تغطية دقيقة، فتم الاكتفاء ببعض التغطيات فى منطقتى المنوفية والقليوبية. أما فى القاهرة، فقد تم التطبيق على ثلاث مجموعات عمرية، وكانت معظم التطبيقات بالمنيا وبنى سويف وأسيوط وقنا وأسوان سواء فى الريف أو فى الحضر ذكوراً وإناً (المرجع السابق، ص ١٩). "وقد بلغ عدد أفراد العينة التى تم تحليل أدائها واستخراج نماذج ومعايير التصحيح وحساب نسب الذكاء الانحرافية ٨٢٠ مفحوصاً من الجنسين، وقد تراوح عدد المفحوصين فى كل مستوى عمرى من سن ٢ و ١٨ سنة بين ١١ و ٧٢ مفحوصاً" (المرجع السابق، ص ٢٠).

المراجعة الرابعة لقياس ستانفورد بينيه :

اشتملت هذه المراجعة الرابعة للمقياس على قدر كبير من التحسينات. وبينما احتفظت هذه المراجعة بالخصائص الرئيسية للمقياس، فقد أدخل عليه الكثير من التطوير الذى يعكس آثار التطور فى المنظور العلمى حول الذكاء والوظائف العقلية من ناحية والتطور فى أساليب ومناهج بناء المقاييس النفسية من ناحية أخرى. كما تم زيادة البنود غير اللفظية مثل البنود المتعلقة بالتفكير المكانى، والكمى، والذاكرة. وقد احتفظ المقياس ببعض الخصائص المميزة مثل تطبيق جزء محدود من المقياس - وليس ككل المقياس - على المفحوص تبعاً للمستوى العقلى الذى يتضح أثناء عملية القياس.

وصف مقياس ستانفورد-بينيه (الصورة ل-م):

يتكون المقياس من ١٢٩ اختباراً، وقد تم توزيع هذه الاختبارات على المستويات العمرية المختلفة. ويلاحظ أن الطابع العملى يغلب على الاختبارات المستخدمة فى الأعمار الأصغر. فهى تشتمل على لعب مقننة وأشكالاً مختلفة، أما فى الأعمار الأكبر فإنه يغلب على الاختبارات الطابع اللفظى، ويلاحظ أنه لا يتم تطبيق كل هذه الاختبارات على كل مفحوص، بل يتم عادة تطبيق مجموعة محدودة من تلك الاختبارات تبعاً لمستوى أداء المفحوص.

نظام التطبيق والتصحيح :

عند تطبيق المقياس نقوم بتحديد نقطة بداية أولية تتماشى مع خصائص المفحوص كالعمر الزمنى والمستوى الدراسى. وفى بعض الأحيان يتم تطبيق اختبار قصير للمفردات لإعطاء فكرة عن المستوى الذى يمكن أن يبدأ عنده التطبيق.

وفى العادة نبدأ عملية القياس عند مستوى أدنى قليلاً من المستوى المتوقع للمفحوص، فإذا نجح المفحوص على جميع اختبارات هذا المستوى انتقلنا إلى مستوى أعلى وهكذا. أما إذا فشل المفحوص على أى اختبار فى هذا المستوى، فإننا نستمر فى إعطاء مستويات أدنى فأدنى إلى أن نصل إلى مستوى ينجح المفحوص على كل اختباره. ويطلق على هذا المستوى اسم العمر القاعدي basal age. وبعد ذلك نستمر فى إعطاء مستويات أعلى فى التطبيق إلى أى نصل إلى مستوى يفشل المفحوص على كل اختباره. ويطلق على هذا المستوى الذى يفشل المفحوص على كل اختباره اسم العمر السقي ceiling age. ويلاحظ أن من الممكن تطبيق صورة مختصرة من المقياس إذا لم يكن هناك متسع من الوقت لإعطاء كل الاختبار. ويلاحظ أيضاً أنه قد وضعت نجمة (*) بجانب كل اختبار من الاختبارات التى تكون المقياس المختصر.

التصحیح :

يتم تصحيح البنود تبعاً لنماذج التصحيح المعدة خصيصاً لذلك. وبعد الإنتهاء من التصحيح يتم حساب العمر العقلي للمفحوص، وهو عبارة عن العمر القاعدي مضافاً إليه عدد الشهور المقابلة للاختبارات التى نجح عليها المفحوص فيما بين العمر القاعدي والعمر السقي. ويلاحظ أنه فى معظم الاختبارات يحسب الاختبار الواحد على أنه يعادل شهرين بينما يختلف الوزن المعطى للاختبارات عند مستويات الراشدين بالمقياس.

وقد استخدم مقياس بينيه تقليدياً معادلة خاصة لحساب نسبة الذكاء وذلك بقسمة العمر العقلي على العمر الزمني، وذلك على النحو التالى:

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ويلاحظ أن مقياس ستانفورد-بينيه (الصورة ل-م) تستخدم نسبة الذكاء الانحرافية. وهى عبارة عن درجات معيارية معدلة متوسطها ١٠٠ وانحرافها المعياري ١٦ بدلاً عن نسبة الذكاء السابقة الذكر.

الثبات :

استخدم أسلوب كودر-ريشاردسون Kuder-Richardson فى حساب ثبات المقياس باستخدام كل عينة التقنين والتى يزيد تعدادها عن ٥٠٠٠ مفحوص. وقد تراوحت معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس بين ٠.٩٥ و ٠.٩٩. كذلك كانت

معاملات الثبات للمجالات المعرفية المختلفة مرتفعة بوجه عام وتراوح بين ٠.٨٠ و ٠.٩٧. كما كانت معاملات الثبات للاختبارات المختلفة مرتفعة بوجه عام، وكان معظمها في الثمانينات أو التسعينات، وذلك باستثناء اختبار تذكر الأشياء والذي تراوح ثباته بين ٠.٦٦ و ٠.٧٨. كما يلاحظ أن معظم معاملات الثبات كانت أعلى عند المستويات العمرية الأكبر. (A. Anastasi, 1988)

كذلك فقد تم حساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار. وقد استخدمت عينة من ٥٧ من الأطفال من سن خمس سنوات حيث بلغ معامل الثبات ٠.٩١، كما استخدمت عينة تتكون من ٥٥ من الأطفال من سن ثمان سنوات وبلغ معامل الثبات ٠.٩٠. وكانت معاملات الثبات للاستدلال اللفظي في الثمانينات بينما أظهرت معاملات الثبات للاختبارات الأخرى قدراً أكبر من التفاوت.

كذلك فقد قام مصري حنورة وكمال مرسى بحساب الثبات بطريقة القسمة النصفية عند كل عمر من الأعمار الزمنية التي استخدمت في النقيض، وتم تصحيح تلك المعاملات باستخدام معادلة سبيرمان-براون. وقد تراوحت معاملات الثبات بين ٠.٥٠ و ٠.٩٨، وإن كانت معظم معاملات الثبات تقع في الثمانينات والتسعينات. (م. حنورة، ك. مرسى، ١٩٩٢)

ويجدر بالذكر أن معاملات الثبات تساعد على تحديد الخطأ المعياري للمقياس.

صدق مقياس ستانفورد-بينيه :

أ- صدق المضمون:

يتضح من النظر في مكونات المقياس أنها قد اختيرت لقياس الذكاء في جوانبه المختلفة، وذلك من خلال حل مشكلات مثل: التشابهات والمتضادات والمفردات والفهم وتكميل الجمل أو الصور... الخ. كما يلاحظ بوجه عام أن الطابع اللفظي يغلب على محتوى المقياس.

ب- صدق المفهوم:

يلاحظ أن المقياس يعكس مظهراً هاماً للذكاء وهو خاصية النمو والتطور المصاحب للعمر، بحيث نجد أننا بصدد مفهوم للذكاء يفترض نمو هذه القدرة مع العمر.

كذلك تشير الدراسات العملية التي أجريت على المقياس إلى وجود عامل عام هو عامل الاستدلال اللفظي، إلى جانب بعض العوامل الطائفية كالذاكرة والإدراك. ووجود

العامل العام أمر متوقع بحكم بناء المقياس من اختبارات ترتبط بالدرجة الكلية ارتباطاً مرتفعاً.

وقد قام جنورة ومرسى بدراسة الصدق عن طريق حساب معاملات ارتباط المقياس مع عدد من المقاييس الأخرى التي تقيس الذكاء. ومن هذه المقاييس:

١- مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي للأعمار الصغيرة: وقد تراوحت ارتباطات المقياسين بين ٠.٣٩٨ و ٠.٥٠٠.

٢- مقياس الرسم لجودائف-هاريس: وقد تراوحت الارتباطات مع رسم الرجل بين ٠.٤٢٠ و ٠.٦٠٥ وتراوحت مع رسم المرأة بين ٠.٥٩٢ و ٠.٦٥٦.

٣- مقياس وكسلر-بلفيو لذكاء الراشدين: (غير واردة في كتيب الاختبار).

٤- بطارية ثرستون للقدرات العقلية الأولية من سن ١١ سنة: وتراوحت بين ٠.٣٢ و ٠.٥٠ مع مقياس الفهم اللفظي لثرستون، وتراوحت بين ٠.٣١ و ٠.٥٥ مع مقياس الاستدلال، وبين ٠.٣٠ و ٠.٥٠ مع مقياس الحساب، وبين ٠.٣٢ و ٠.٥٠ مع مقياس الطلاقة.

٥- المصفوفات المتدرجة العادية والمتقدمة لرافين: وتراوحت الارتباطات هنا بين ٠.٤٠ و ٠.٦٣.

٦- مناهات بورتيوس للذكاء: وتراوحت بين ٠.٥٢ و ٠.٧٠.

تقييم المقياس:

اكتسب مقياس بينيه وزناً كبيراً بحكم تاريخه الطويل، وبخاصة من خلال استخدامه في العيادات النفسية والمدارس، ومن خلال البحوث والدراسات العديدة التي أجريت عليه، بحيث أصبح بمثابة المعيار الذي تقيم على أساسه المقاييس الجديدة للذكاء. كما يمتاز المقياس أيضاً ببلأاحته الفرصة بشكل جيد لملاحظة سلوك المفحوص أثناء التطبيق.

وينحصر الاستخدام الأساسي للمقياس في المساعدة على تحديد نسبة ذكاء المفحوص. أما محاولة استخدام المقياس (الصورة ل-م) لتحليل التششت فقد باءت بالفشل. وإن كنا نلاحظ أن المراجعة الرابعة للمقياس حاولت تلافي تلك الانتقادات.

وبوجه عام يغلب على المقياس الطابع المدرسي واللفظي، كما أنه أقل ملائمة لقياس ذكاء الراشدين. كذلك فإنه لايعطى صورة واضحة ومحددة عن الجوانب المختلفة للقدره العقلية. ومع ذلك فمن الممكن القول بأن مقياس ستانفورد-بينيه يعتبر أداة جيدة لقياس الذكاء خاصة عند الأطفال وبطريقة مشوقة وملائمة.

مقاييس وكسلر للذكاء :

تعتبر مقاييس وكسلر أشهر مقاييس الذكاء وأكثرها شيوعاً في وقتنا الحاضر في مختلف أنحاء العالم. وقد قام بنشرها وتطويرها دافيد وكسلر. وهي تشتمل في وقتنا الحاضر على ثلاثة مقاييس رئيسية: للراشدين، والأطفال، وللأطفال في سن ما قبل المدرسة. ولعل أهم ما دفع وكسلر إلى نشر مقياسه أن المقاييس السابقة عليه مثل مقياس ستانفورد-بينيه أكثر ملائمة في محتواها لتلاميذ المدارس. وهذا مما جعلها أقل قبولاً لدى الراشدين ولدى الأشخاص الذين لم يتلقوا حظاً وافراً من التعليم. ولاشك أن ذلك يؤثر بصورة سلبية على تعاون المفحوص وعلى الصدق الظاهري للمقياس. كما رأى وكسلر أن مفهوم العمر العقلي لا يناسب قياس الذكاء عند الراشدين.

وقد نشر وكسلر أول مقاييسه وهو مقياس وكسلر-بلفيو للذكاء في سنة ١٩٣٩، ونشر في سنة ١٩٤٩ مقياس وكسلر للذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC). وفي سنة ١٩٥٥ أعاد نشر مقياسه الأول بعد تطويره وتعديله تحت اسم مقياس وكسلر للذكاء الراشدين Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). وفي سنة ١٩٦٧ نشر مقياس وكسلر قبل المدرسي والأولي للذكاء، Wechsler Preschool and Primary Scale for Intelligence (WPPSI).

وبعد وفاة وكسلر (سنة ١٩٨١) تم نشر عدد من المراجعات والتطويرات لهذه المقاييس. فتم نشر مقياس وكسلر للأطفال: المراجعة الثالثة (WISC-III) سنة ١٩٩١. وتم نشر مقياس وكسلر للراشدين (المراجعة الثالثة) (WAIS-III) في سنة ١٩٩٧.

ولا شك أن تصميم هذه المقاييس يعكس جيداً تصور وكسلر لمفهوم الذكاء (D. Wechsler, 1958, P. 64). فهو يعرف الذكاء بأنه "القدرة الكلية أو الإجمالية للفرد على التصرف الهادف والتفكير العقلاني، والتعامل الكفاء والفعال مع البيئة".

ويتكون كل مقياس من مقاييس وكسلر للذكاء السابقة الذكر من جزئين رئيسيين هما المقياس اللفظي والمقياس العملي. ويحتوي كل منهما على عدد من الاختبارات التي تقيس مظاهر مختلفة من السلوك الذكي. وقد رتب البنود ترتيباً تصاعدياً تبعاً لدرجة صعوبتها. ويحصل المفحوص عند تطبيق المقياس على نسبة ذكاء لفظية ونسبة ذكاء عملية ونسبة ذكاء كلية. على أنه يلاحظ أن المراجعات الحديثة للمقياس تمكن من الحصول على درجات أخرى أيضاً، هي: الفهم اللفظي، والتنظيم الإدراكي، والذاكرة العاملة^(٣)، وسرعة المعالجة الذهنية.

وقد قام عماد الدين اسماعيل ولويس كامل بنقل مقياس وكسلر-بلفيو للذكاء إلى

العربية في عام ١٩٥٦. وسوف نقوم هنا بوصف هذا المقياس الذي يتوفر حالياً بالعربية.

مقياس وكسلر-بلفيو لذكاء الرشد:

وصف المقياس:

يتكون المقياس من إحدى عشر اختباراً فرعياً منها ست اختبارات في المقياس اللفظي وخمس اختبارات في المقياس العملي. وهي على النحو التالي:

أ - المقياس اللفظي: ويشتمل على:

- ١- المعلومات العامة Information.
- ٢- الفهم العام Comprehension.
- ٣- الاستدلال الحسابي Arithmetic.
- ٤- إعادة الأرقام Digit Span.
- ٥- المتشابهات Similarities.
- ٦- المفردات Vocabulary.

ب- المقياس العملي: ويشتمل على:

- ١- ترتيب الصور Picture Arrangement.
- ٢- تكميل الصور Block Design.
- ٣- تجميع الأشياء Object Assembly.
- ٤- رسوم المكعبات Picture Completion.
- ٥- رموز الأرقام Digit Symbol.

نظام التطبيق والتصحيح :

يتم تطبيق المقياس بصورة فردية تبعاً لتعليمات التطبيق الواردة في كتيب الاختبار. وتتطلب بعض الاختبارات أزمنة محددة للتطبيق، بينما لا تتطلب الاختبارات الأخرى أزمنة محددة. ويلاحظ أن تطبيق الاختبارات يستمر إلى أن يفشل المفحوص على عدد محدد من البنود حسب ما هو وارد في كتيب الاختبار. ويحتاج تطبيق الاختبار إلى فاحص مدرب تدريباً جيداً، وعلى ألفة بالاختبار. ويستغرق تطبيق الاختبار عادة قرابة ساعتين.

وبعد انتهاء التطبيق يتم التصحيح وفقاً لنماذج الإجابات المقبولة التي يشتمل عليها كتيب الاختبار، كما تؤخذ سرعة الاستجابة في الاعتبار عند التصحيح في بعض

الأحيان. وبناءً على ذلك يتم إعطاء درجة خام لكل اختبار على حدة. ويتم بعد ذلك تحويل الدرجة الخام إلى درجات موزونة متوسطها ١٠ وانحرافها المعياري ٣ درجات وذلك بالرجوع إلى الجدول الخاص بتحويل الدرجات الخام إلى درجات موزونة.

والخطوة التالية بعد ذلك هي جمع درجات المقياس اللفظي على حدة والمقياس العملي على حدة، وكذلك جمع كل درجات الاختبارات اللفظية والعملية للحصول على مجموع درجات المقياس الكلي. وبعد ذلك يتم تحويل مجاميع الدرجات الموزونة هذه إلى نسب الذكاء اللفظي، والعملية، والكلي، وذلك بالرجوع إلى الجداول الخاصة بالتحويل. ويلاحظ أن تحويل مجاميع الدرجات إلى نسب ذكاء يتم تبعاً للمجموعة العمرية التي ينتمى إليها المفحوص، وذلك نظراً لتناقص الدرجات مع العمر. ويلاحظ أن متوسط نسب الذكاء على مقاييس وكسلر هو ١٠٠ أما الانحراف المعياري فهو ١٦.

تقنين المقياس :

قام لويس كامل مليكة بعدد من الدراسات لتقنين المقياس في مصر. وقد ناقش مليكة الصعوبات التي واجهت تقنين الاختبار على عينة ممثلة للمجتمع العام. وفي ضوء هذه الاعتبارات "فضل الباحث أن يقنن المقياس على عينة تقديرية لايتوفر لدينا الدليل على درجة تمثيلها للمجتمع الأصلي... وقد بلغ عدد مجموعات عينات التقنين ٩١٠ فرداً موزعين على فئات السن المختلفة منها ٥٩٤ ذكراً و٣١٦ أنثى... ومن المؤكد أن المستوى التعليمي لهذه المجموعة أعلى من المستوى القومي العام، وهي حقيقة يجب أن توضع موضع الاعتبار في تفسير نتائج تطبيق المقياس". وقد قام مليكة بناءً على ذلك بإعداد الدرجات الموزونة ونسب الذكاء للمقياس.. (ل. مليكة، ١٩٩١، ص ١٣-١٤)

ثبات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين:

أولاً: يلاحظ أن معاملات الثبات لنسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية مرتفعة بوجه عام، حيث تقع معاملات الثبات في التسعينات.

ثانياً: بالنسبة لمعاملات ثبات الاختبارات الفرعية فإنها تتراوح بين ٠.٥٦ لاختبار الفهم العام، و٠.٩٤ لاختبار المفردات. وهذا ما يدعو إلى الحذر عند استخدام أسلوب المقارنة بين الاختبارات الفرعية في الأغراض الإكلينيكية. وقد قام فرج طه بحساب الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار على عينة من ٤٠ فرداً، وذلك لدرجات

الاختبارات الفرعية ولنسب الذكاء اللفظي والعملي والكلبي، كما قام بحساب الثبات النصفى على عينة من ٧٠ فرداً، وذلك لدرجات الاختبارات الفرعية. وتشير تلك الدراسة إلى أن معاملات الثبات بإعادة التطبيق للاختبارات الفرعية تراوحت بين ٠.٥٨ (مقياس الحساب) و٠.٩٣ (مقياس المفردات). أما في حالة حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية فقد تراوحت بين ٠.٤٥. (لمقياس الفهم العام) و٠.٩١ (لمقياس المفردات) (من خلال: المرجع السابق).

صدق المقياس:

أ - صدق التعلق بالمحك^(٤):

يؤيد عدد من الدراسات التي حسب فيها الارتباط بين مقياس وكسلر من ناحية وبعض المحكات الخارجية التربوية أو المهنية من ناحية أخرى، القول بأن المقياس يقيس الذكاء. وتعرض أنستازى لبعض الدراسات التي أجريت حول صدق التعلق بالمحك والتي نشرها وكسلر وماتارتسو وغيرهم عن مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (A. Anastasi, 1988). فقد وجد في إحدى الدراسات معاملات ارتباط في الأربعينات والخمسينات بين الذكاء اللفظي والدرجات الدراسية في الكليات الجامعية وفي كلية الهندسة. كما أن معظم معاملات الارتباط بين مقياس وكسلر ومقياس ستانفورد بينيه كانت حول الثمانينات. بينما تبين من دراسة أخرى أجراها هول J. Hall أن معامل الارتباط بين نسبة الذكاء العملي ومقياس المصفوفات المتدرجة هو ٠.٧٠ (من خلال: المرجع السابق).

صدق المفهوم construct validity:

أجرى عدد من الدراسات الارتباطية والعاملية على مقياس وكسلر لإلقاء الضوء على طبيعة المفهوم الذي تعبر عنه درجات المقياس. وتشير الدراسات الارتباطية إلى أن معاملات الارتباط بين نسبة الذكاء اللفظي ونسبة الذكاء العملي تصل إلى حوالي ٠.٨٠. وإذا قمنا بتربيع معامل الارتباط فإننا نجد أن التباين المشترك بينهما حوالي ٠.٦٤.

ومن الطريف أن الارتباطات بين الاختبارات اللفظية من ناحية والعملية من ناحية أخرى لم تكن أقل جوهرية من الارتباطات فيما بين الاختبارات العملية. وتوحي هذه الارتباطات بين الاختبارات الفرعية مع بعضها البعض، وكذلك

4 - Criterion-related validity.

الارتباطات بين الدرجات الكلية للمقياس اللفظي والمقياس العملي أن بينهما الكثير من التشابه. (A. Anastasi, 1988)

كذلك أجريت بعض الدراسات العملية على المقياس حيث توصلت إلى استخلاص عدد من العوامل الأساسية. ورغم أن الدراسات العملية لمقياس وكسلر تشير إلى وجود عامل عام تشترك فيه كل الاختبارات الفرعية. إلا أن استخدام بعض أساليب التحليل العملي المصممة لاستخلاص العوامل الطائفية مكن الباحثين من التعرف مراراً وتكراراً على عدة عوامل: **عمل للفهم اللفظي** ذو تشعبات عالية على اختبارات المفردات، والمعلومات، والفهم العام، والمتشابهات؛ **وعامل للتنظيم الإدراكي** ذو تشعبات عالية على اختباري تصميم المكعبات وتجميع الأشياء؛ **وعامل طائفي ثالث** أطلق عليه اسم **عمل التحرر من التشبث**، وكانت أعلى تشعباته على اختبارات إعادة الأرقام، والحساب، ورموز الأرقام (المرجع السابق).

وقد أجرى عماد الدين اسماعيل دراسة عملية على المقياس أدت إلى استخلاص ثلاثة عوامل هي: العامل العام، وأما العامل الثاني فهو عامل ذو قطبين، فمن ناحية تتشعب عليه الاختبارات اللفظية تشعباً جوهرياً موجباً، بينما تتشعب عليه الاختبارات العملية تشعباً سالباً جوهرياً، فهو عامل يفرق بين الاختبارات اللفظية والعملية. أما العامل الثالث فلم تكن له دلالة. كما وجد عماد الدين اسماعيل في دراسة عملية أخرى (على عينة السن من ١٦-١٩ سنة) أن هناك عاملان: أحدهما عامل عام شائع في جميع الاختبارات والثاني ليست عليه تشعبات جهرية.

ويرجع اسماعيل الفروق في التركيب العملي بين نتائج الدراسات العملية الأمريكية والمصرية إلى الفروق الثقافية (ل.م. كامل، ١٩٩١) ولعلنا نضيف إلى ذلك احتمال أن تكون الفروق راجعة إلى اختلاف الأساليب المستخدمة في التحليل العملي أو تدوير المحاور.

الدلالات الإكلينيكية لمقياس وكسلر:

هناك عدد من الطرق التي تم تطويرها لمحاولة استخلاص بعض الدلالات الإكلينيكية من مقياس وكسلر، وأهم هذه الطرق :

١- تصنيف مستوى الذكاء:

يمكن تصنيف نكاء الفرد حسب نسبة نكائه في إحدى الفئات التالية :

نسبة الذكاء	التصنيف	النسبة المئوية
٦٩ فأقل	متخلف عقلياً	٢.٢
٧٠ ٧٩	مستوى هامشي	٦.٧
٨٠ ٨٩	متوسط منخفض	١٦.١
٩٠ ١٠٩	متوسط	٥٠.٠
١١٠ ١١٩	متوسط مرتفع	١٦.١
١٢٠-١٢٩	ممتاز	٦.٧
١٣٠ فما فوق	ممتاز جداً	٢.٢

جدول رقم (٥-١) يوضح تصنيفات الذكاء على مقياس وكسلر (ل. مليكة، ١٩٩١، ص ٤٢)

٢- الفرق بين نسبة الذكاء اللفظي والعملي:

تشير نتائج بعض البحوث إلى أن الاضطرابات العقلية تؤثر على أداء الفرد على اختبارات المقياس العملي بصورة أوضح مما هو الحال في اختبارات المقياس اللفظي. وينطبق ذلك على الذهان الوظيفي والذهان العضوي بشكل خاص. ويتضح ذلك في شكل ارتفاع نسبة الذكاء اللفظي عن نسبة الذكاء العملي. ولكن يلاحظ أن من المعتاد أن نجد مثل هذه الفروق عند الأسوياء. ولا تؤخذ هذه الفروق بصورة جدية إلا إذا كانت فروقاً جوهرية ويندر حدوثها عند الأسوياء. كما نجد في بعض الأحيان الأخرى أن نسبة الذكاء العملي أعلى من نسبة الذكاء اللفظي. ويرى وكسلر أن الارتفاع الجوهري لنسبة الذكاء العملي عن نسبة الذكاء اللفظي يتضح بصورة خاصة في حالات التخلف العقلي أو الاضطرابات السلوكية المعادية للمجتمع (السيكوباتية). غير أن ذلك يحتاج إلى مزيد من الدراسات لقبوله أو رفضه.

٣- تحليل تشنت الصفحة النفسية:

ويقصد بتشنت الصفحة النفسية تفاوت درجات الفرد على الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر. والافتراض القائم وراء حساب التشنت هو أن المرض النفسي يؤثر بدرجات متفاوتة على الأداء على الاختبارات المختلفة. وقد يرجع ذلك إلى اختلاف طبيعة الوظائف العقلية التي تقيسها الاختبارات المختلفة. فمثلاً اختبار المفردات هو عبارة عن تقييم لما تعلمه الفرد منذ الطفولة وقبل حدوث المرض العقلي في أغلب الأحوال. أما الأداء على بعض الاختبارات الأخرى كالمكعبات أو الفهم العام مثلاً

فيتطلب من المفحوص إعمال الفكر وبذل الجهد العقلي في حل مشكلات جديدة، ويعتمد ذلك على قدرة الفرد على تركيز الانتباه والتعلم من الخبرات الجديدة... الخ. وهذه القدرات أشد تأثراً بالمرض، وبالتالي يتضح هذا التأثير السلبي في الانخفاض النسبي لدرجات المريض على هذه الاختبارات.

وهناك عدة طرق لحساب التشتت منها حساب الانحراف أو التشتت عن المتوسط بالنسبة لكل اختبار فرعي، ومنها حساب تشتت درجة الفرد على كل اختبار على حدة عن متوسط درجات الفرد على بقية الاختبارات الأخرى. ومنها أيضاً حساب مقدار اختلاف درجة كل اختبار فرعي عن درجة اختبار المفردات على افتراض أن اختبار المفردات يمثل مستوى الأداء الأصلي السابق على المرض لدى الفرد. على أن هناك عدداً من التحفظات حول استخدام تحليل التشتت استخداماً إكلينيكياً. فالدراسات التي أجريت في هذا المجال لم تؤد إلى نتائج حاسمة.

٤- تحليل النمط :

ويعتمد تحليل الأنماط على افتراض أن الفئات الإكلينيكية تتميز بأنماط فريدة في درجاتها على الاختبارات. وهناك دراسات عديدة حاولت أن تحدد نمط الدرجات المميزة لكل فئة من فئات المرض النفسي، مثل الفصام والهستيريا والقلق والوسواس القهري والتخلف العقلي والاضرابات العضوية للدماغ... الخ. ومرة أخرى لم تؤد الدراسات التي أجريت على تحليل الأنماط إلى نتائج حاسمة، بل توصلت في كثير من الأحيان إلى نتائج متناقضة. وعلى أية حال فمثل هذه الدراسات تحتاج إلى مانسميه بالصدق التحققي^(٥)، وهي تلك الدراسات التي تستخدم عينات جديدة في محاولة التحقق من صحة نتائج الدراسة الأولى، للتأكد مما إذا كانت تلك النتائج حقيقية أم راجعة إلى الصدفة المحضة.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال :

يشبه مقياس وكسلر لذكاء الأطفال مقياس وكسلر لذكاء الراشدين بوجه عام. فمعظم اختباره مشابهة إلا أنها تحتوي على بنود أسهل. وقد نشر وكسلر عدة مراجعات للمقياس. وآخر تلك المراجعات هي: مقياس وكسلر لذكاء الأطفال- المراجعة الثالثة (D. Wechsler, 1991).

وفي مصر قام كل من عماد اسماعيل ولويس كامل بنقل المقياس (الصورة الأولى) وإعداده باللغة العربية في عام ١٩٥٦ ولكن المقياس مازال تحت التفتيش.

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال: المراجعة الثالثة :

سوف نقدم هنا عرضاً موجزاً للمراجعة الثالثة للمقياس لما لها من التميز على الصور السابقة. ويعتبر هذا المقياس مراجعة شاملة تم فيها إضافة الكثير من البنود الجديدة والمواد الأكثر جاذبية للأطفال.

كما تم تقنيته على عينة جديدة، كما أصبح المقياس يغطي مدى عمرياً أكبر يمتد من سن ٣ إلى سن ٧ سنوات. ويشتمل المقياس على المقاييس الآتية (حسب ترتيب تطبيقها):

المقياس اللفظي	المقياس العملي
٢- المعلومات	١- تكميل الصور
٤- المتشابهات	٣- الترميز
٦- الحساب	٥- ترتيب الصور
٨- المفردات	٧- رسوم المكعبات
١٠- الفهم العام	٩- تجميع الأشياء
١٢- إعادة الأرقام (اختبار تكميلي)	١١- البحث عن الرموز
(يمكن أن يحل محل أى مقياس لفظي آخر)	(اختبار تكميلي بدلاً عن اختبار الترميز فقط)
	١٣- المتاهات (اختبار بديل)

ويمكن الحصول من تطبيق المقياس على نسبة الذكاء اللفظي، ونسبة الذكاء العملي، ونسبة الذكاء الكلي. وبالإضافة إلى ذلك يمكن الحصول أيضاً على أربع درجات أخرى، وهى عبارة عن نسب مبنية على أساس التحليلات العاملية للمقياس. وهى :

- ١- **الفهم اللفظي** Verbal Comprehension Index ويتكون من درجات اختبارات المعلومات والمتشابهات، والمفردات، والفهم العام.
- ٢- **التنظيم الإدراكي** Perceptual Organization Index ويتكون من درجات اختبارات تكميل الصور، وترتيب الصور، وترتيب المكعبات، وتجميع الأشياء.
- ٣- **التحرر من التشتت** Freedom from Distractibility Index، ويتكون من درجات اختبارى الحساب، وإعادة الأرقام.
- ٤- **سرعة المعالجة** Processing Speed ويتكون من درجات اختبارى الترميز والبحث عن الرموز.

تقنين المقياس:

تم تقنين المقياس على عينة ممثلة لأطفال الولايات المتحدة من ناحية العمر والجنس واللون والموقع الجغرافي وتعليم الآباء. وقد تكونت العينة من ٢٠٠ طفل عند كل مستوى عمري من سن ٦ سنوات حتى سن ١٦ سنة وكان نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث.

الثبات:

تم حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية لكل الاختبارات باستثناء اختباري الترميز والبحث عن الرموز. وقد كانت معاملات الثبات لنسب الذكاء اللفظي والكلبي في التسعينات، بينما تراوحت معاملات ثبات المقياس العملي بين ٠.٨٦ و ٠.٩٤. وتراوحت معاملات الثبات للنسب العاملة الأربعة بين ٠.٨٠ و ٠.٩٥. أما معاملات ثبات الاختبارات الفرعية اللفظية فقد تراوحت بين ٠.٧١ و ٠.٩١. وتراوحت معاملات ثبات الاختبارات الفرعية العملية بين ٠.٦٠ و ٠.٩٢. ويلاحظ أن من الضروري ذكر الخطأ المعياري للقياس وحدود الثقة عند عقد المقارنات بين درجات الاختبارات الفرعية. ويلاحظ أن وكسلر قد حسب أيضاً الثبات بطريقة إعادة الاختبار حيث كانت مقاربة لمعاملات الثبات النصفية وإن كانت أدنى منها قليلاً.

الصدق:

يعرض وكسلر عرضاً مفصلاً للصدق في كتيب الاختبار، وسوف نوجز ذلك في حديثنا عن الصدق. ويلاحظ أنه يعتمد على تلك البحوث التي أجريت على المراجعات السابقة للمقياس.

الدليل على وجود ثلاث عوامل يقيسها المقياس:

يذكر وكسلر أن البحوث العاملة التي أجريت على مدى سنوات طويلة تؤيد وجود قدرة عامة أو إجمالية (G) global وهو ما تقيسه نسبة الذكاء العام. كما يستشهد وكسلر بالدراسات العاملة التي تحققت من وجود عاملين كبيرين هما عامل للفهم اللفظي وعامل آخر للتنظيم الامرالي، وهما على اتساق مع قسمة الاختبار إلى مقياسين عملي ولفظي. كما يدل وكسلر على وجود عامل ثالث بدراسات كاوفمان الذي استخلص عاملاً ثالثاً أطلق عليه اسم عامل التحرر من التشتت Freedom from Distractibility يتشعب عليه اختبارا الحساب وإعادة الأرقام.

صدق التعلق بالمحك:

١- ارتباطات المقياس مع غيره من المقاييس:

يعرض وكسلر للدراسات التي تم فيها حساب الارتباطات بين مقياس وكسلر لنكاء الأطفال وبعض مقاييس الذكاء الأخرى. فمثلاً كانت الارتباطات بين المقياس ومقاييس وكسلر الأخرى مرتفعة يقع معظمها في الثمانينات. كما حسبت الارتباطات بين مقياس وكسلر ومقاييس التحصيل مثل اختبار التحصيل الواسع المدى Wide Range Achievement Test (WRAT) فقد وجد أن الارتباط بين درجات القراءة والمقياس اللفظي ٠.٥٧ وبين درجات القراءة والمقياس الكلي ٠.٥٦ وبين درجات الحساب والمقياس اللفظي ٠.٦٢ وبينها وبين المقياس الكلي ٠.٥٢.

٢- الفروق بين الجماعات المحكية:

تبين من بعض الدراسات أن المتخلفين عقلياً حصلوا على نسب ذكاء تتراوح بين ٥١ و٦٨؛ بينما حصل الموهوبون على نسب ذكاء تتراوح بين ١٢٣ و١٤٠ أما الأطفال الذين يعانون من إعاقات التعلم فقد كانت درجاتهم أدنى على اختبارات الحساب، وإعادة الأرقام، والترميز.

مقياس وكسلر قبل المدرسي والأولى للذكاء:

قدم وكسلر مقياس "وكسلر قبل المدرسي والأولى للذكاء" الوبسي WPPSI Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence في سنة ١٩٦٧ ثم قدم مراجعة المقياس WPPSI-R في سنة ١٩٨٩. وهو يقيس الذكاء من سن ٣ سنوات حتى سن ٧ سنوات و٣ شهور. ويتكون المقياس من الاختبارات الآتية (مرفقة حسب ترتيب التطبيق):

المقياس اللفظي	المقياس العملي
٢- المعلومات	١- تجميع الأشياء
٤- الفهم العام	٣- التصميم الهندسي
٦- الحساب	٥- رسوم المكعبات
٨- المفردات	٧- المتاهات
١٠- المتشابهات	٩- تكميل الصور
	١١- الحيوانات الملونة

ويمكن الحصول من تطبيق الاختبار على نسبة الذكاء اللفظي، ونسبة الذكاء العملي ونسبة الذكاء الكلي.

تقنين المقياس:

تم تقنين المقياس على عينة طبقية stratified من ١٧٠٠ طفل. وتتكون العينة من ١٠٠ ولد و ١٠٠ بنت عند كل مستوى عمري من سن ٣ سنوات حتى سن ٧ سنوات، بالإضافة إلى ٥٠ ولد و ٥٠ بنت من سن ٧ سنوات حتى سن ٧ سنوات وثلاثة شهور. وتم اختيار العينة بحيث تمثل الولايات المتحدة جغرافياً، وعنصرياً، وحسب تعليم الوالد (ة) بما يتمشى مع بيانات تعداد السكان.

الثبات:

تم حساب الثبات بطريقة القسمة النصفية لنسب الذكاء ولكل الاختبارات فيما عدا اختبار الحيوانات الملونة، حيث تم حساب ثباته بإعادة التطبيق. واستخدمت كل عينات التقنين في حساب الثبات النصفى. وقد تراوحت معاملات ثبات نسب الذكاء بين ٠.٩٢ و ٠.٩٦. بينما تراوحت معاملات الثبات النصفى للاختبارات العملية بين ٠.٦٣ و ٠.٨٥، وللاختبارات العملية بين ٠.٨٠ و ٠.٨٤. وقد بلغ معامل ثبات إعادة التطبيق لمقياس الحيوانات الملونة ٠.٦٦.

الصدق:

يذكر وكسلر أن نتائج البحوث العملية العديدة على مقياس وكسلر قبل المدرسى والأولى تشير في جملتها إلى وجود عاملين: أحدهما عامل لفظي أو معرفي، والآخر عامل عملي. كما تشير بعض الدراسات الأخرى إلى وجود ارتباطات مرتفعة بين المقياس ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال. كما يذكر أيضاً أن الارتباطات بين المقياس ومقياس ستانفورد-بينيه تراوحت بين ٠.٥٦ و ٠.٧٦. وفي دراسة أخرى تراوحت الارتباطات بين ٠.٦٠ و ٠.٨٤. وبوجه عام فإن معظم ارتباطات المقياس مع مقاييس الذكاء الأخرى يغلب أن تكون بين المتوسطة والمرتفعة، بما يشير إلى أنها تقيس قدرات متشابهة.

كذلك فإن الدرجات التي يحصل عليها الأطفال الذين يعانون من إعاقات التعلم تبين أن أداءهم يختلف عن أداء الأطفال العاديين. ويذكر وكسلر أيضاً أن هناك دراسات تدل على قدرة المقياس عند إعطائه قبل سن المدرسة على التنبؤ بالتحصيل الدراسي في الصف الأول الابتدائي.

وبوجه عام فإن دراسات الصدق تشير في جملتها إلى أن مقياس وكسلر قبل المدرسي والأولى أداة جيدة لقياس الذكاء عند الأطفال الصغار.

بعض المقاييس الأخرى للقدرة العقلية:

هناك الكثير من الاختبارات التي تقيس الذكاء والتي يمكن تصنيفها إلى فئات متعددة، مثل: اللفظية وغير اللفظية، والفردية والجمعية الخ، ولا يتسع المقام هنا لعرض هذه الاختبارات عرضاً شاملاً. ولذلك سنكتفي هنا ببعض الأمثلة للاختبارات التي يشيع استخدامها في العيادات النفسية.

مقياس المصفوفات المتدرجة Progressive Matrices:

نشر هذا المقياس رافين Raven في بريطانيا ، وقد صممه لقياس العامل العام كما صاغه سبيرمان. وهناك عدة صور من المقياس، على النحو التالي:

- ١- مقياس المصفوفات المتدرجة العادي: Standard Progressive Matrices للراشدين من سن ١١ سنة حتى سن الرشد.
- ٢- مقياس المصفوفات المتدرجة الملونة Coloured Progressive Matrices للأطفال من سن ٥ سنوات حتى سن ١١ سنة.
- ٣- مقياس المصفوفات المتدرجة المتقدمة Advanced P. M. للمفحوصين من سن ١١ سنة من ذوى القدرة العقلية المتوسطة والأعلى من المتوسطة.

ويتكون الاختبار من عدد من المصفوفات أو النماذج المختلفة الأشكال. وقد اقتطع من كل نموذج منها جزء صغير. ويوجد أسفل النموذج عدد من القطع (٦ أو ثمانى قطع)، واحدة منها فقط تكمل النموذج وتتناسب مع الشكل. وعلى المفحوص أن يختار القطعة المكمل للنموذج من بين هذه القطع الصغيرة. ويمكن تطبيق الاختبار فردياً أو جمعياً، وبزمن محدد أو زمن مفتوح. ويلاحظ أن اختبار المصفوفات الملونة يناسب قياس الذكاء لدى الأطفال، كما يوصى باستخدامه أيضاً مع كبار السن. بينما يناسب اختبار المصفوفات المتدرجة المتقدمة الأفراد ذوى الذكاء المرتفع. وقد أعدت معايير الاختبار في شكل مئينات بناءً على تطبيقه على عينات بريطانية. ولاتتوفر حتى الآن معايير كاملة للاختبار في البلاد العربية.

ثبات الاختبار:

ينكر رافين أن معاملات ثبات اختبار المصفوفات المتدرجة المعيارية تتراوح

بين ٠.٨٨ و ٠.٩٣. ومع ذلك فهو لا يورد معاملات ثبات المصفوفات المترجمة الملونة (U.Sinha, 1968)

صدق الاختبار:

تتراوح ارتباطات مقياس المصفوفات المترجمة مع مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء بين ٠.٦٠ و ٠.٩٠ (R. D. Savage, 1971). كذلك فقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة بين مقياس المصفوفات المترجمة من ناحية وبعض اختبارات القدرة المكانية من ناحية أخرى. ويستنتج سينها (U.Sinha, 1968) من ذلك أن اختبار المصفوفات المترجمة بالنسبة للجمهور الهندي (الذي تمت فيه الدراسة) ليس اختباراً للعامل العام فقط بل له تشبعات بالعامل المكاني^(١) إلى حد كبير. كما يذكر سينها أيضاً أن درجات اختبار المصفوفات المترجمة ارتبطت بمعامل ارتباط ٠.٣٢ مع التقديرات الدراسية لطلاب العلوم والآداب، بينما ارتبطت بمعامل ارتباط ٠.٣٦٨ مع التقديرات الدراسية لطلاب الهندسة (المرجع السابق).

مقياس جودانف-هاريس للرسم Goodenough-Harris Drawing Test :

قدمت جودانف F. Goodenough اختبار رسم الرجل في سنة ١٩٢٦ لقياس النمو العقلي لدى الأطفال. ثم قام هاريس بإجراء بعض التطويرات على المقياس وأضاف إليه مقياساً لرسم المرأة وآخر لرسم الطفل لنفسه. كما أعد معايير جديدة للمقياس بعد إدخال هذه التعديلات. وقد قام كل من محمد فراج وعبد الحليم محمود وصفي مجدى بنشر المقياس بالعربية، وإن كان مازال تحت التقنين (م. فراج، ع. محمود، ص. مجدى، ١٩٧٦).

ويلاحظ أن المقياس أداة جيدة لتقدير مدى النضج العقلي للأطفال فيما بين سن الرابعة والثانية عشرة. وهي المرحلة التي أطلقت عليها نانسي بايلي N. Bayley مرحلة معالجة الرموز، والتي أطلق عليها جان بياجيه J. Piaget اسم مرحلة العمليات العيانية أو الملموسة. ويعرف هاريس النضج العقلي بأنه القدرة على تكوين مفاهيم تتسم بتزايد الطابع التجريدي. فرسم الأطفال يعتمد على تصوره الذهني لما يرسمه، أى على درجة إدراكه للملامح والخصائص الأساسية التي يعتمد عليها فى تكوين مفهوم الفئة التي ينتمى إليها الشيء، أى أن مستوى رسم الطفل يعتمد على درجة التعقيد فى مفاهيمه عن الأشياء. ولذلك نجد أنه مع تزايد النضج العقلي للطفل تزداد قدرته على الرسم وتحديد الملامح.

ثبات الاختبار:

تتراوح معاملات ثبات المصححين بين ٠.٨٣ و ٠.٩٦. أما معاملات ثبات إعادة التطبيق فإنها تقع في الستينات والسبعينات (م. فراج، ع. السيد، ص. مجدى، ١٩٧٦).

الصدق:

أجرى العديد من الدراسات على علاقة الاختبار ببعض اختبارات الذكاء الأخرى، ويلاحظ أن معاملات الارتباط تتفاوت فيما بينها تفاوتاً كبيراً. ويرجع ذلك إلى اختلاف المقاييس في طبيعة الأبعاد أو الجوانب التي تركز عليها. ولكن معظم الارتباطات كانت في الخمسينات. وفي دراسة أجريت على ١٠٠ طفل في الصف الرابع تم حساب معاملات الارتباط بين اختبار رسم الرجل وعدد من الاختبارات الأخرى ذات التركيب العاملي المعروف. وقد أوضحت هذه الدراسة أن أعلى الارتباطات لمقياس رسم الرجل كانت مع اختبارات الاستدلال والاستعداد المكاني والدقة الإدراكية. (من خلال: A. Anastasi, 1988) كما أظهرت دراسة أخرى أجريت على أطفال الحضنة أن مقياس رسم الرجل كانت له ارتباطات أعلى مع الاستعداد العددي وارتباطات أدنى مع السرعة والدقة الإدراكية. وتوحى هذه النتائج باحتمال أن المقياس يقيس وظائف مختلفة عند الأعمار المختلفة (المرجع السابق). ويتميز الاختبار بسهولة التطبيق والتصحيح بحيث يمكن الاستعانة به كأداة سريعة للاختبار، أو كأداة مكمل للاختبارات الأخرى.

اختبار متاهات بورتيوس:

قدم بورتيوس S. D. Porteus اختبار المتاهات سنة ١٩١٤ لقياس القدرة على التخطيط والتبصر.. وهو يتكون من عدد من المتاهات المتدرجة في الصعوبة والتي تبدأ من سن ٣ سنوات حتى سن ٤، باستثناء سن ١٣ سنة الذي لا توجد له متاهة خاصة به. وهناك تعليمات خاصة للاختبار، كما يمكن تطبيقه على الأشخاص الصم بدون التعليمات اللفظية. وهناك قواعد خاصة لتصحيح الاختبار بناء على أخطاء الأداء. كما وضع بورتيوس قواعد لتصحيح الأخطاء الكيفية على الاختبار.

وقد قام بورتيوس بإجراء عدد من الدراسات التي تشير إلى قيمته في الكشف عن الآثار المترتبة على جراحات المخ lobotomy وكذلك تأثر درجات الاختبار في حالات الفصام وذهان الهوس والاكتئاب. كما قام كمال مرسى بإجراء عدد من الدراسات على اختبار المصفوفات في المجتمع الكويتي.

ويلاحظ أن الاختبار مازال بحاجة إلى الدراسة لتقنيته في المجتمعات العربية، خاصة فيما يتعلق بصدق الاختبار بالنسبة للاستخدامات المختلفة.

اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي :

وقد صممه دول Edgar Doll. ويطلق عليه حالياً اسم مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scales. ويوجد ثلاث صور من المقياس يمكن أن يستخدم أى واحد منها على حدة أو تستخدم كلها معاً. ويعتمد لثنان من تلك الصور على أسلوب المقابلة شبه المفصلة، حيث يتم مقابلة الأم أو الأب أم من يقوم على رعاية الطفل. ويتكون أحدهما من ٢٩٧ بنداً، وهو يشبه كثيراً مقياس فاينلاند الأصلي. أما المقياس الثانى فيحتوى على ٥٧٧ بنداً. وتوفر المقياس أساساً منظماً لتخطيط برامج العلاج والتعليم والتنمية السلوكية للطفل. ويصلح كلا المقياسين السابقين للتطبيق من سن الميلاد حتى سن ١٨ سنة، وكذلك على الراشدين المنخفضى الذكاء. أما الصورة الثالثة من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي فتسمى بمقياس الفصل الدراسي classroom edition. وتتكون من ١٤٤ بنداً يقوم بإكمالها المدرس، وتغطي الفترة العمرية من سن ٣ سنوات إلى سن ١٢ سنة.

ويحتاج تطبيق الصورتين الأوليين وتفسيرهما إلى أخصائى نفسى مؤهل، أما بالنسبة للصورة الثالثة التى يقوم بإكمالها المدرس فإن التفسير يحتاج إلى أخصائى نفسى مؤهل. ويستخدم المقياس مفهوم المستوى القاعدى والمستوى السقفى كما هو الحال فى مقياس ستانفورد-بينيه، بحيث يتم فقط تطبيق تلك البنود التى تتناسب مع مستوى المفحوص، كما يتضح أثناء المقابلة.

ويلاحظ أن كل صور مقياس فاينلاند تركز على التعرف على مايقوم به الفرد فعلاً بصورة عادية فى حياته اليومية، وليس على مايعتقد الآباء (أو غيرهم) أنه يستطيع القيام به.

وتحتوى الصورتان الأوليان من المقياس على مجموعة من البنود (٣٢) بنداً تتعلق بأشكال السلوك الغير التكيفى أو غير المرغوب.

وقد تم تقنين المقياس على عينات ممثلة للمجتمع الأمريكى من حيث الجنس والعنصر والمستوى التعليمى للآباء وحجم المجتمع المحلى الذى يعيش فيه الفرد والمنطقة التى يعيش فيها، وذلك طبقاً للتعداد العام.. وتم أيضاً إعداد معيار تكميلية للجماعات الخاصة، بما فى ذلك الأفراد المتخلفين عقليين من المقيمين داخل أو خارج المؤسسات الخاصة، وكذلك عينات من الأطفال المضطربين انفعالياً، والمكفوفين

والصم المقيمين في مؤسسات خاصة بهم. أما الصورة الثالثة فقد تم تقنينها على عين ممثلة للمجتمع العام تتكون من حوالي ٣٠٠٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٣ سنوات و١٢ سنة.

وقد تم إعداد درجات معيارية بمتوسط ١٠٠ وانحراف معياري ١٥ للمجالات الأربع للسلوك التكيفي، وهي:

١- الاتصال.

٢- مهارات الحياة اليومية.

٣- التطبيع الاجتماعي.

٤- المهارات الحركية.

وقد أظهرت الدراسات التي أجريت على المقياس أن معاملات الثبات النصفية، ومعاملات الثبات بإعادة تطبيق الاختبار كذلك معاملات ثبات المصححين مرتفعة بوجه عام. ويؤكد ذلك أن درجات المقياس تتصف بالاستقرار الزمني .. كذلك فإن الدراسات الأخرى تشير إلى صدق المفهوم وإلى ارتباط المقياس بالمقاييس الأخرى للصدق التكيفي وبعض مقاييس الذكاء.

اختبارات أخرى للذكاء :

هناك العديد من اختبارات الذكاء الأخرى اللفظية وغير اللفظية الفردية والجمعية والتي يضيق المقام عن ذكرها في هذا السياق. ومنها اختبار الذكاء الابتدائي واختبار الذكاء الثانوي، وكلاهما من إعداد اسماعيل القباني. واختبار الذكاء الاعدادي واختبار الذكاء العالي وهما من إعداد السيد محمد خيرى. كما يمكن الحصول على درجة للمستوى العقلى العام من اختبارات القدرات العقلية الأولية لثيرستون والذي ترجمه وأعداه بالعربية أحمد زكى صالح (أحمد زكى صالح، ١٩٧٩).

اختبارات الاستعدادات والقدرات :

تستخدم اختبارات الاستعدادات والقدرات في عمليات التوجيه والارشاد المهني للمرضى النفسيين. وقد أسهم التحليل العاملي في تطوير اختبارات القدرات والاستعدادات، كما أعطى التطور الصناعى والمهني دفعة قوية لحركة قياس القدرات والاستعدادات. وتستخدم هذه الاختبارات بكثرة في عمليات الاختيار والتوجيه التربوي والمهني، والتأهيل المهني للمرضى والمعوقين. كما أن بعض الاختبارات الانراكية والحركية تستخدم في مجال العيادة النفسية أيضاً.

وقد أدت الدراسات العاملية (A. Anastasi, 1988) إلى استخلاص العوامل الطائفية التي نعرض هنا لأهمها:

- ١- الفهم اللفظي Verbal Comprehension.
- ٢- طلاقة الكلمات Word Fluency.
- ٣- العامل العددي Number.
- ٤- العامل المكاني Space.
- ٥- ذاكرة التداخي Associative Memory.
- ٦- السرعة الإدراكية Perceptual Speed.
- ٧- الاستقراء أو التفكير الاستدلالي العام Induction or General Reasoning.

وهناك عدد من بطاريات اختبارات القدرات التي تم نشرها واستخدامها في معظم دول العالم، ومن أشهرها بطارية القدرات العقلية الأولية، وبطارية الاستعدادات الفارقة، وبطارية الاستعدادات العامة، وكذلك اختبارات القدرات الإبداعية والقدرات الفنية والقدرات الموسيقية. وسوف نعرض بإيجاز شديد لأمتثلة منها.

بطارية اختبارات الاستعدادات الفارقة:

أعد بطارية اختبارات الاستعدادات الفارقة Differential Aptitude Test Battery (DAT) كل من بينيت وبيشور وويسمان، وهي تشتمل على ثمانى اختبارات وهي: الاستدلال اللفظي، والقدرة العددية، والاستلال الميكانيكي، والقدرة على استخدام اللغة: الجمل، والقدرة على استخدام اللغة: الاملاء والسرعة والدقة في الأعمال الكتابية.

ويلاحظ أن المؤلفين قد استفادوا من نتائج الدراسات العاملية السابقة. وقد قام كل من لويس كامل مليكه والسيد محمد خيرى باقتباس اختبارات البطارية، كما استخدمت اختبارات البطارية في عدد من الدراسات العاملية في مصر.

بطارية اختبارات الاستعدادات العامة:

قام مكتب التوظيف الأمريكى USES في الولايات المتحدة بإعداد بطارية اختبارات الاستعدادات العامة General Aptitude Test Battery، وتشتمل هذه البطارية على ١٢ اختباراً تقيس ٩ عوامل وهي: الذكاء، الاستعداد اللفظي، الاستعداد العددي، الاستعداد المكاني، إدراك الأشكال، الإدراك الكتابي، التآزر الحركي، مهارة الأصابع، المهارة اليدوية.

وقد قام محمود عبد القادر باقتباس عدد من اختبارات البطارية وتقنياتها ونشر كتيب خاص بنتائج التقنين.

اختبارات القدرات العقلية الأولية :

أعد ثurstone بطارية اختبارات القدرات العقلية الأولية Primary Mental Abilities (PMA) بناءً على نتائج دراساته العامية. وتحتوي البطارية في صورتها الحالية على خمس مستويات تبدأ من الحضنة حتى نهاية التعليم الثانوي. وعند كل مستوى نجد أربع أو خمس اختبارات تقيس العوامل التالية: المعنى اللفظي، والسهولة العددية، والعلاقات المكانية، والاستدلال، والسرعة الإدراكية. ويلاحظ أن العوامل الثلاث الأولى يتم قياسها عند كل مستوى من المستويات السابقة الذكر، أما عامل الاستدلال فيقاس فقط عند المستويات العليا، بينما يقاس عامل السرعة الإدراكية عند المستويات العمرية المبكرة. وقد قام أحمد زكي صالح (١٩٧٩) بإعداد البطارية باللغة العربية. وتتضمن هذه الصورة العربية أربع اختبارات هي: اختبار معاني الكلمات، واختبار الإدراك المكاني، واختبار التفكير، واختبار الأعداد.

الفصل السادس

اختبارات الشخصية في القمص الإكلينيكي

الفصل السادس

اختبارات الشخصية فى الفحص الإكلينيكى

عندما نتكلم عن قياس الشخصية فإننا نقصد فى هذا السياق قياس تلك الجوانب اللامعرفية noncognitive من الشخصية؛ أى تلك الجوانب التى لاتتعلق مباشرة بالذكاء والقدرات العقلية. ومن أمثلة ذلك السمات الوجدانية، والدوافع، والميول، والاتجاهات، والقيم. ويوجد فى وقتنا الحاضر الكثير من اختبارات الشخصية التى يستخدمها الأخصائيون النفسيون فى العيادات النفسية. ومن الممكن بصورة عامة تصنيف اختبارات الشخصية إلى فئتين رئيسيتين :

- أ - الاختبارات المفصلة.
 - ب- الاختبارات الاجمالية أو الاسقاطية.
- وسوف نتناول كل فئة منهما على حدة فيما يلى.

أولاً: اختبارات الشخصية المفصلة :

ويطلق على هذه الاختبارات أحياناً اسم اختبارات الشخصية الموضوعية. وهى تتميز بأن المنبهات التى تقدمها للمفحوص عبارة عن منبهات مفصلة على شكل أسئلة أو بنود محددة يجيب عليها المفحوص. وذلك بالمقارنة بالاختبارات الاسقاطية التى تقدم للمفحوص عادة منبهات غامضة أو إجمالية. ويمكن تصنيف الاختبارات المفصلة بطرق متعددة. ولعل أكثر التصنيفات شيوعاً لتلك الاختبارات ذلك التصنيف الذى اتبعته أنستازى (A. Anastasi, 1988)، حيث تصنف تلك الاختبارات إلى أربع فئات:

- ١- الاستخبارات المبنية على أساس صدق المضمون.
 - ٢- الاستخبارات المبنية على أساس الصدق الخبرى (الامبيريقى empirical).
 - ٣- الاستخبارات المبنية على أساس الصدق العاملى.
 - ٤- مقاييس أساليب أو وجهات الاستجابة response set.
- على أنه ينبغى ملاحظة أن أشهر المقاييس المبنية على أساس الصدق الامبيريقى وهو مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية قد مزج فى مراجعته الأخيرة (MMPI-2) الصدق الامبيريقى وصدق المضمون.

أولاً: الاستخبارات المبنية على أساس صدق المضمون:

يركز القائم على تصميم الاختبار اهتمامه هنا على تجميع البنود معا تبعاً لمدى اتصالها بمجال معين؛ ثم يقوم بعد ذلك بصياغتها في شكل أسئلة يطرحها على المفحوصين للإجابة عليها بنعم أو لا.. ومن أمثلة ذلك صحيفة ودورث للبيانات الشخصية، والتي ظهرت خلال الحرب العالمية الأولى Woodworth Personal Data Sheet. وقد صممها ودورث أصلاً لكي تستخدم كبديل عن المقابلة السيكومترية، توفيراً للوقت، وحتى يتيسر عن طريقها فحص أعداد كبيرة من الأفراد المجندين في وقت قصير. وقد اشتملت صحيفة ودورث للبيانات الشخصية على الكثير من الموضوعات التي يسأل عنها الطبيب النفسي عادة أثناء المقابلة السيكومترية. وقد أصبحت صحيفة البيانات الشخصية فيما بعد نموذجاً لقياس الجوانب اللا معرفية من الشخصية. ومن الأمثلة الأخرى على هذا النوع من المقاييس قائمة المشكلات التي نشرها موني Mooney Problem Check List.

ثانياً: الاستخبارات المبنية على أساس الصدق الامبيرقي:

وهنا يتجه الاهتمام إلى تصميم مقاييس للشخصية يمكنها التمييز بين الجماعات المحكية^(١) المختلفة، خاصة الجماعات المرضية. ومن أشهر الأمثلة على ذلك مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) والذي ظهر لأول مرة في سنة ١٩٤٣، وقد أعده كل من هاثاواي وماكينلي في جامعة منيسوتا الأمريكية، كما تم نشر أول مراجعة لهذا المقياس في سنة ١٩٨٩ والتي نشرت باسم مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - الثاني MMPI-2. كما تم نشر أول صورة من المقياس للمراهقين MMPI-A في سنة ١٩٩٢. وقد نشر لويس كامل مليكة وزملاؤه اختبار الشخصية المتعدد الأوجه في مصر في سنة ١٩٥٥.

ونظراً لأن هناك العديد من الكتابات عن النسخة الأصلية من المقياس باللغة العربية فسوف نكتفي هنا بالحديث عن آخر مراجعات المقياس في الولايات المتحدة، أي المراجعة الثانية للراشدين والمراجعة الخاصة بالمراهقين، خاصة وأن هذه المراجعات في سبيلها إلى النشر في بعض البلاد العربية.

أ - مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - الثاني MMPI-2:

حاول القائمون بإعداد هذه المراجعة المحافظة على استمرارية المقياس الأصلي.

1 - Criterion groups.

وقد قاموا بتعديل بنود المقياس لجعلها أكثر ملاءمة للتغيرات الحضارية التي طرأت على المجتمع منذ نشر المقياس، كما قاموا بتقنيه على عينة أفضل تمثيلاً للمجتمع. وقد اشتملت الصورة النهائية للمقياس على ٥٦٧ بنداً. ويمكن استخدام المقياس مع الأشخاص الذين يصل مستواهم في القراءة إلى مستوى الصف الثامن (الصف الثاني الإعدادي). وبعد التطبيق يمكن الحصول على درجات مقياس الصدق ودرجات المقاييس الإكلينيكية التقليدية، كما يمكن الحصول على درجات مقاييس المضمون والمقاييس التكميلية. وسوف نتحدث بإيجاز عن هذه المقاييس.

مقاييس الصدق: وهى على النحو التالى (J. Graham, 1990) :

١- مقياس علامة الاستفهام (?) :

وهو ببساطة عبارة عن عدد البنود المحذوفة التي لم يجب عليها المفحوص، أو التي أجاب عليها بنعم ولا معاً. وقد يرجع حذف البنود إلى الإهمال أو إلى الخلط الذهني، أو قد يعكس ذلك محاولة من جانب المفحوص لتجنب الاعتراف بأشياء غير مقبولة، أو قد يرجع إلى عدم توفر المعلومات أو الخبرة اللازمة للإجابة لدى المفحوص. ولحد من هذه الظاهرة وتلافيها يحسن أن يشرح الأخصائى للمفحوص ضرورة الإجابة على كل سؤال، وأن يقوم أيضاً بمراجعة ورقة الإجابة عند انتهاء الاختبار.

٢- مقياس الكذب (ل) :

وقد صمم هذا الاختبار للكشف عن المحاولات المتعمدة من جانب المفحوص لإعطاء صورة جيدة عن نفسه.

٣- مقياس الخطأ (ف) :

ويهدف هذا الاختبار للكشف عن الطرق غير العادية أو المختلفة اختلافاً كبيراً عن المعتاد فى الإجابة على بنود الاختبار.

٤- مقياس التصحيح (ك) :

وقد صمم هذا المقياس للكشف عن المحاولات الماهرة من جانب المفحوص لإنكار المرض النفسى، وتقديم صورة جيدة عن نفسه أو العكس أى المبالغة فى إعطاء صورة مرضية عن نفسه.

٥- مقياس الندرة بالصفحات الأخيرة :

ويلاحظ أن هذا المقياس الجديد شبيه بمقياس "ف" السابق ذكره، والذي توجد معظم بنوده فى بداية المقياس، أما مقياس الندرة بالصفحات الأخيرة فقد وضع فى

أواخر المقياس. ويعنى ارتفاع الدرجة على هذا المقياس أن المفحوص قد توقف عن تركيز الانتباه عند إجابته على بنود الاختبار في الأجزاء الأخيرة من المقياس وبدأ يجيب بطريقة عشوائية تتسم بالإهمال.

٦- مقياس تناقض الاستجابات المتغير:

وقد أضيف هذا المقياس الجديد في المراجعة الثانية، وهو يقيس مدى اتساق المفحوص مع نفسه في الإجابة على الاختبار. وهو يتكون من ٦٧ زوجاً من البنود التي توضح الإجابة عليها مدى اتساق المفحوص أو تناقضه مع نفسه.

٧- مقياس تناقض استجابات "صحيح":

ويهدف هذا المقياس الجديد إلى الكشف عن المفحوصين الذين يستجيبون بطريقة غير متسقة للبنود وذلك بإعطاء استجابة صحيحة للبنود دون تمييز (أسلوب استجابة الموافقة acquiescence)، أو بإعطاء استجابة خطأ للبنود دون تمييز (أسلوب استجابة المخالفة nonacquiescence).

المقاييس الاكلينيكية :

١- مقياس توهم المرض (Hs):

ويتعلق هذا المقياس بتلك الشكاوى المتصلة بأداء وظائف الجسم، والتي يعبر عنها بعض المرضى، حيث يشكو المريض غالباً من آلام البطن والظهر. وغالباً ما تستمر شكاوى المريض رغم تأكيدات الأطباء بعدم وجود أى دلائل طبية على وجود مرض جسمي. وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى تمنى الشخص أن يخفف مصدر الضغوط تلقائياً (من نفسه)، كما تشير إلى الميل للإبتعاد وجدائياً عن الموقف الضاغط عند الرجال، وإلى الميل للوم النفس بسبب الموقف الضاغط بين النساء.

٢- مقياس الاكتئاب (D):

ويتصل هذا المقياس بانخفاض المعنويات والقنوط أو فقدان الأمل وعدم رضا الشخص عن أوضاعه، وفقدان الاهتمام بالأشياء التي اعتاد أن يحبها الفرد، إلى جانب اضطرابات النوم والحساسية الزائدة والميل للعزلة. ويميل الرجال ذوي الدرجات المرتفعة على المقياس إلى تجنب التفاعل مع الآخرين عند مواجهتهم للمواقف الضاغطة. بينما تميل النساء إلى لوم أنفسهن على ما يواجهنه من المواقف الضاغطة.

٣- مقياس الهستريا (Hy):

يحتوي هذا المقياس على مجموعتين من البنود: تلك المتصلة بالشكاوى الجسمية، وتلك التي تبين أن المريض يعتبر نفسه أقل توافقاً أو أقل تطبيعاً اجتماعياً. ويميل

الأشخاص الذين تكون درجاتهم على هذا المقياس أعلى من سائر درجاتهم الأخرى إلى الاستسلام واليأس عند مواجهة الصعاب، وإلى عدم محاولة التغلب على مصدر الضغوط. ويوصفون عادة بأنهم متمركزون حول الذات وغير ناضجين ويتصفون بالطفولية.

٤- مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd):

ويقاس الاختبار سوء التوافق الاجتماعي والافتقار إلى الخبرات السارة. ويميل الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة على هذا الاختبار إلى أن يكونوا أكثر إجتماعية، كما يميلون إلى النشاط وسهولة الاختلاط بالآخرين، وفي حقيقة الأمر يميلون لعدم تحمل المسؤولية والتقلب الوجداني كما أنهم أشخاص لايعتمد عليهم. كما يميل الرجال إلى استعمال الخمر والمخدرات للهروب من مواجهة الموقف الصعبة.

٥- مقياس الذكورة والأنوثة (M-f):

ويميل الرجال الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس إلى السلبية وإلى البحث عن المساندة الاجتماعية عند مواجهة الصعاب. بينما يوصف النساء اللاتي يحصلن على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالعدوانية والتحكم والمنافسة.

٦- مقياس الباراثويا (Pa):

ويقاس الحساسية في العلاقات الشخصية واعتقاد الشخص بأنه على حق أخلاقياً، وبالميل إلى التشكك في الآخرين. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالتشكك والعدوانية والحذر من الآخرين والميل إلى الجدل وإلى لوم الآخرين. وقد وجد كثير من الباحثين أن المقياس لم ينجح في التمييز بين مرضى الباراثويا وغيرهم من المرضى (R. Greene, 1991).

٧- مقياس السيكاثينيا (Pt):

وقد صمم هذا المقياس لتشخيص فئة مرضية هي فئة مرضى الوهن النفسي أي الأشخاص الذين لايقدرّون على مقاومة أفعال أو أفكار معينة رغم شعورهم بعدم ملاءمتها. ولم تعد هذه الفئة قائمة في التشخيص السيكياتري في وقتنا الحاضر، وحل محلها استخدام الاصطلاحات المتعلقة بالوساوس والأفعال القهرية. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالميل إلى القلق والتوتر وعدم الحسم وصعوبة التركيز.

٨- مقياس الفصام (Sc):

ويقاس عدداً من الأشكال السلوكية المختلفة مثل الاضطرابات الإدراكية، وعمليات التفكير الغريبة، والاغتراب الاجتماعي، والعلاقات الاسرية غير الجيدة،

ومشكلات التركيز، وضبط الاندفاعات، والتساؤلات المزعجة حول الهوية الذاتية وقيمة الذات. ويوصف الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بالتبذل الوجداني وصعوبات التفكير وبالاغتراب مما يمكن أن يعكس اضطراباً ذهانياً بالفعل.

٩- مقياس الهوس الخفيف (Ma):

يتعلق هذا الاختبار بالزهو، وتقلب المزاج، وتطايير الأفكار، والإستثارة النفسحركية. ويوصف الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بأنهم اندفاعيون، وتنافسيون، وميالون للثرثرة، ونرجسيون، وسطحيون في علاقاتهم الاجتماعية.

١٠- مقياس الانطواء الاجتماعي (Si):

ويقاس هذا الاختبار الميل إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية، والخلل، وتفضيل الوحدة أو أن يكون الشخص مع مجموعة صغيرة العدد، كما أن ارتفاع درجة المفحوص على هذا الاختبار قد يعكس الافتقار إلى المهارات الاجتماعية.

مقاييس المضمون لمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه :

يرى بعض علماء النفس أن موقف الاختبار يعتبر بمثابة وسيلة للاتصال، يقدم المفحوص نفسه من خلالها للآخرين، لإعطاء الانطباع المرغوب إلى الآخرين. فكان إجابات المفحوص التي يعطيها على الاختبار هي عبارة عن رسالة يرسلها إلى الفاحص (J.Wiggins, 1990). وقد حاول القائمون على مراجعة الاختبار تطوير طرق جديدة للنظر إلى خصائص الشخصية وإلى المشكلات الإكلينيكية - وذلك من خلال تفحص الموضوعات أو أبعاد المضمون التي يذكرها المفحوص عن نفسه. وفي وقتنا الحاضر لم يعد الأسلوب الامبيريقى هو أهم الأساليب أو أكثرها كفاءة في قياس الشخصية كما كان عليه الحال عندما صمم المقياس الأصلي (Butcher, et al, 1990). كما يذكر بتشر أيضاً أن المقاييس المبنية على أساس المضمون قد أثبتت صدقها في وصف متغيرات الشخصية والتنبؤ بها بنفس القدر الذي أظهرته المقاييس المبنية باستخدام الأساليب الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك فإن مقاييس الشخصية المبنية على أساس المضمون تمتاز بأنها أسهل تفسيراً بالنظر إلى تجانس مضمونها. وقد أدى بناء المقياس الأصلي على أساس الصدق الامبيريقى وحده إلى وجود قدر كبير من التداخل في استخدام نفس البنود في أكثر من مقياس واحد في حالات كثيرة. وبمثل إضافة مقاييس المضمون إلى مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية تطوراً كبيراً في وجهة النظر التي ارتكز عليها بناء هذا المقياس. وقد اعتمد بناء مقاييس المضمون

على اتباع وجهة نظر منطقية استنباطية اعتمدت على استخدام الطرق المنطقية، النظرية، والتي تولى اهتماماً كبيراً للمفاهيم أو التصورات النظرية لمكونات الشخصية. وجدير بالذكر أن علماء النفس قد طوروا من قبل عدداً من مقاييس المضمون من مقياس مانيستوتا المتعدد الأوجه للشخصية، منها على سبيل المثال مقاييس ويجينز للمضمون Wiggins Content Scales، ومنها أيضاً مقاييس هاريس-لينجوس الفرعية Harris-Lingoes Subscales. ونقدم فيما يلي وصفاً مختصراً لمقاييس المضمون الخاصة بمقياس مانيستوتا المتعدد الأوجه للشخصية (المراجعة الثانية). (Butcher, et al, 1990; Greene 1991)

أولاً: مقاييس الأعراض الداخلية:

١- مقياس القلق (Anxiety (ANX :

ويورد الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس الأعراض العامة للقلق والعصبية والفكر ومشكلات النوم والتركيز. وهم يخافون من فقدان عقولهم ويشعرون بشدة ضغوط الحياة ويجدون صعوبة في اتخاذ القرارات. ويبدون على وعى بهذه المشكلات ويعترفون بوجودها.

٢- مقياس المخاوف (Fears (FRS

وتشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى شخص لديه الكثير من المخاوف النوعية. وهي تشمل رؤية الدم، والأماكن المرتفعة، والعناكب، والثعابين، والخروج من المنزل، والحرائق والعواصف والكوارث الطبيعية، والماء؛ والظلام، الخ.

٣- مقياس الحواز (Obsessions (OBS

ويعانى الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس من صعوبات جمة في اتخاذ القرارات، ويفرطون في التفكير في الأمور أو المشكلات المختلفة، ويكثرون من الفكر (الهم)، ويكرهون التغيير، كما قد ينكرون أشكالاً من السلوك القهري مثل عد الأشياء غير الهامة أو تخزينها.

٤- مقياس الاكتئاب (Depression (DEP

ويعانى هؤلاء من المزاج المكتئب والتفكير المكتئب. وهم يشعرون بأنهم غير سعداء وقد فقدوا الاهتمام بالأشياء التي كانوا يحبونها من قبل، كما أنهم لا يشعرون بالثقة بالنسبة للمستقبل، ويشعرون باليأس؛ ويكون بسهولة؛ وقد ينكرون أن لديهم أفكاراً انتحارية أو أنهم يتمنون الموت؛ وقد يشعرون بالذنب أو بأنهم قد عملوا شيئاً لا يغتفر.

٥- مقياس الشواغل الصحية (HEA) Health Concerns

ويورد الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس العديد من الشكاوى الجسمية التي تشمل العديد من أجهزة الجسم. ومن تلك الأعراض الغثيان والتقيؤ والألم والام الصدر والقلب والرقبة والرأس. وقد يشكون من تقلص العضلات ونوبات الدوار والاعياء؛ ويقلقون على صحتهم كما يخافون من العدوى ويعتقدون بأن حالتهم الصحية أسوأ من غالبية الناس.

٦- مقياس الأفكار الغريبة (BIZ) Bizzare Mentation

ويورد هؤلاء الأشخاص الكثير من الأفكار والخبرات الغريبة؛ والأفكار الاضطهادية؛ والهلاوس المختلفة وقد يعتقدون بأن لديهم قوى خارقة للعادة. ثانياً: مقياس الميول العدوانية الخارجية:

٧- مقياس الغضب (ANG) Anger

وينكر الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس أنهم يشعرون بالقابلية للانفجار غضباً؛ وبسوء المزاج؛ وقلة الصبر؛ وفوران الغضب؛ والعدا؛ ويشعرون أحياناً بالرغبة في سب الآخرين أو تحطيم الأشياء؛ وقد يفقدون السيطرة على أنفسهم ويحطمون الأشياء أو يعتدون على الآخرين بالفعل.

٨- مقياس التشكك في الناس (CYN) Cynicism

ويتوقع هؤلاء الأشخاص من الناس سلوك الكذب والسرقة والغش، وأنهم إذا لم يفعلوا ذلك فهو بدافع الخوف من اكتشاف أمرهم. فهم لا يتقون بأى إنسان. والناس يستغلون بعضهم البعض، وإن أظهروا الصداقة فإنما يرجع ذلك لأسباب أنانية. ويغلب أن تكون لديهم اتجاهات سلبية نحو الآخرين في محيط الأسرة والعمل والأصدقاء.

٩- مقياس الممارسات المعادية للمجتمع (ASP) Antisocial Practices

ويورد الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة المشكلات السلوكية خلال سنوات المدرسة؛ والممارسات المعادية للمجتمع مثل السرقة ومخالفات القانون، ويرون أنه لاغضاضة في الالتفاف حول القانون.

١٠- مقياس الطراز "أ" (TPA) Type A

وهؤلاء الأشخاص يصفون أنفسهم بأنهم سريعى الحركة، كثيرى النشاط، يركزون على العمل وكثيراً ما يشعرون بالجزع وفقدان صبرهم، وبسرعة الغضب، والتبرم من الانتظار. ويجدر بالذكر أن هناك الكثير من الكتابات السيكولوجية حول نمط الشخصية "أ" خاصة من ناحية علاقته بالأمراض الجسمية كأمراض القلب.

ثالثاً: مقاييس النظرة السالبة للذات:

١١- مقياس تدنى النظرة للذات Low Self-Esteem

تشير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس إلى سلبية نظرة الفرد إلى نفسه. وأفكار واعتقادات هؤلاء الأفراد عن أنفسهم تميل إلى الانخفاض. فهم يعتقدون بأنهم غير جذابين، غير مهرة، وبأنهم عديمي الفائدة ويشكلون عبئاً على الآخرين. كما أنهم لا يعتقدون أن الناس يحبونهم أو أنهم ذوو أهمية.

رابعاً: مقاييس المشكلات العامة:

١٢- مقياس عدم الارتياح الاجتماعي Social Discomfort

وهؤلاء الأشخاص لا يشعرون بالارتياح عندما يكونون مع الآخرين، ويؤثرون الوحدة على الاختلاط بالآخرين. ويرى الشخص المرتفع على هذا المقياس نفسه على أنه خجول. وهم يكرهون الحفلات والمناسبات الاجتماعية، ويفضلون الجلوس منفردين في المواقف الاجتماعية.

١٣- مقياس المشكلات الأسرية (FAM) Family Problems

ويورد المرتفعون على هذا المقياس قدراً كبيراً من الخلافات الأسرية. ويصفون أسرهم بالافتقار إلى الحب، وبالخناقات، ويذكرون أنهم يكرهون أسرهم، وأن زواجهم غير سعيد، ويفتقر إلى المحبة.

١٤- مقياس مشكلات العمل (WRK) Work Interference

وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى سلوك أو اتجاهات يمكن أن تقضي إلى انخفاض مستوى الأداء المهني. وبعض تلك المشكلات المتصلة بالعمل تتعلق بقلّة الثقة بالنفس، وصعوبات التركيز والوساوس، والتوتر النفسي، والضغط ومشكلات اتخاذ القرارات. وقد تشير إلى عدم اقتناع الفرد باختياره المهني أو إلى الاتجاهات السلبية نحو العمل.

١٥- مقياس المؤشرات العلاجية السلبية (TRT) Negative Treatment Indicators

وتشير الدرجات المرتفعة على هذا المقياس إلى وجود اتجاهات سلبية لدى الفرد نحو الأطباء والمعالجين وخدمات الصحة النفسية؛ ولديهم مشكلات أو قضايا لا يرتاحون لمناقشتها مع الآخرين. ويفضلون تناول الأدوية أو العقاقير مادام الكلام عن المشكلات في نظرهم لا يفيد. وقد لا يشعرون بالحاجة إلى تغيير أي شيء في حياتهم، أو ربما يعتقدون أن التغيير نفسه غير ممكن.

المقاييس الإضافية أو التكميلية:

قدم علماء النفس بناءً على دراساتهم على مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية العديد من المقاييس الإضافية أو التكميلية supplementary scales على مدى السنوات السابقة. ومن هذه المقاييس مثلاً مقياس "قوة الأنا" الذي قدمه بارون Frank Barron ومقياس ماك أندرو للمسكر (إدمان الكحول alcoholism) -MAC- Andrew Scale. وقد قدم بيشر وزملاؤه عدداً من المقاييس الإضافية الجديدة، مع الاحتفاظ ببعض المقاييس الإضافية السابق نشرها بناءً على ما تبين من فائدتها (J.R. Graham, 1990).

ونعرض فيما يلي بإيجاز للمقاييس الإضافية التي اشتمل عليها المقياس

١- مقياسا القلق والكبت (Anxiety and Repression (A & R) Scales:

أدت الدراسات العملية للمقاييس الاكلينيكية ولمقاييس الصدق إلى استخلاص بعدين رئيسيين أطلق عليهما اسم: القلق والكبت. ويذكرنا ذلك بالبعدين الرئيسيين للشخصية اللذين استخلصهما أيزنك وأطلق عليهما بعدى العصائية، والانبساط. كما يذكرنا ذلك أيضاً بالبعد الذي استخلصه إدواردز وأطلق عليه اسم social desirability. كذلك فقد اقترح جاكسون أن مقياس الكبت (R) يشير إلى الميل إلى الموافقة acquiescence، أى إلى ميل المفحوص للإجابة بنعم على الأسئلة الموجهة إليه بوجه عام بصرف النظر عن المضمون. ومن ناحية أخرى أكدت بعض البحوث الأخرى أن هذين البعدين ليسا مجرد أساليب استجابة، بل هما بعدان هامان للشخصية. وتشير الدرجات المرتفعة على مقياس (A) إلى التشاؤم والتردد والعصائية والتقلب الوجداني والشقاء وعدم التكيف. بينما تشير الدرجات المرتفعة على مقياس (R) إلى الإنكار والتبرير والافتقار إلى الاستبصار.

٢- مقياس قوة الأنا (Ego Strength (Es):

وقد كونه بارون Frank Barron للنتبؤ باستجابة الأشخاص العصائيين للعلاج النفسى. وتشير بعض البحوث إلى أن مقياس قوة الأنا يمكن اعتباره بمثابة مقياس للتوافق العام للفرد. كما أن درجات المقياس ترتبط إيجابياً بمستوى الذكاء، وتشير الدرجات المنخفضة إلى سوء التوافق.

٣- مقياس ماك أندرو للإدمان على الكحول:

MACANDREW ALCOHOLISM-REVISED (MAC-R) SCALE

ويحتوى المقياس على ٤٩ بنداً. ويحصل المدمنون على الكحول أو المخدرات، وكذلك المدمنون على القمار على درجات أعلى من درجات غير المدمنين. على أن

مقياس مالك أندرو لا يكفي وحده في كثير من الأحيان، بل نحتاج إلى الحصول على مزيد من الدراسات للتحقق من احتمال إيمان الكحوليات، حيث يلاحظ أن بعض الأشخاص غير المدمنين من الإنبساطيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على المقياس.

٤- مقياس العدوانية المقمعة (Over controlled-Hostility (O-H) Scale

ميز بعض الباحثين بين الأشخاص معتادى العدوان وبين الذين لا يتحكمون في عدوانيتهم. وبينما يعبر معتادو العدوان عن غضبهم بعدوان متناسب مع درجة الاستفزاز، إلا أن الأشخاص مقموعى العدوانية لا يعبرون عن غضبهم رداً على الاستفزازات عادة، بل يكتمون غيظهم إلى أن يفيض بهم الكيل، فيعبرون عن عدوانيتهم بصورة مفرطة أو مبالغ فيها.

وتشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى أن الأشخاص قد لا يستجيبون للاستفزازات في كثير من الأحيان ولكن قد تصدر عنهم أعمال عدوانية مبالغ فيها من حين لآخر.

٥- مقياس السيطرة (Dominance (DO) Scale

وقد صمم هذا المقياس أصلاً كل من جف ومكلوسكى وميهل Gough, McClosky & Meehl. ويرى الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على المقياس أنفسهم (كما يراهم الآخرون أيضاً) على أنهم: أقوى في مواقف المواجهة مع الآخرين، وليس من السهل تخويفهم، كما أنهم يشعرون بالأمان والثقة بالآخرين.

٦- مقياس المسؤولية الاجتماعية (Social Responsibility (RE) Scale

ويرى الأشخاص الحاصلون على درجات مرتفعة على المقياس أنفسهم كما يراهم الآخرون على أنهم على استعداد لتقبل نتائج أعمالهم، وهم موضع ثقة الآخرين، وهم أشخاص يعتمد عليهم، ويشعرون بالمسؤولية نحو الجماعة.

٧- مقياس عدم التوافق الجامعي (College Maladjustment (MT) Scale

وتوحى الدرجات المرتفعة على المقياس بسوء التوافق عند الطلبة الجامعيين.

٨- مقياس الدور الذكوري والدور الأنثوي

Masculine Gender Role (GM) and Feminine Gender Role (GF)

ويميل الحاصلون على درجات مرتفعة على أى من هذين المقياسين إلى الثقة بالنفس والتحرر من المخاوف والقلق. وما يزال هذان المقياسان في المرحلة التجريبية وبحاجة إلى مزيد من دراسات الصدق.

٩- مقياس الاضطرابات النفسية التالية للصدمات:

Post-Traumatic Stress Disorder (PK) Scale

وترتبط الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بتشخيص الاضطراب النفسي التالي للصدمات النفسية، وإلى المعاناة الانفعالية الشديدة، وإلى توفر اضطرابات النوم والاحساس بالذنب.

١٠- مقياس الاضطرابات النفسية التالية للصدمات:

Post-Traumatic Stress Disorder (PS) Scale

ويلاحظ أن بنود هذا المقياس لا تشكل مقياساً رسمياً. وقد ورد ٤٥ بنوداً من بنود المقياس في مقياس PK السابق الذكر. والمقياس مازال في مرحلة الدراسة والتجريب.

النتائج :

تراوحت معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار لمقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية بين ٠.٦٧ و ٠.٩٢، بينما تراوحت معاملات الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بين ٠.٣٤ و ٠.٨٧. كذلك فقد تم حساب معاملات الثبات لمقاييس المضمون بطريقة إعادة الاختبار لدى عينة التقنين وبطريقة الاتساق الداخلي لدى عينة التقنين بالإضافة إلى ثلاث عينات أخرى: مرضى نفسيين، وسكيرين، وأفراد من القوات المسلحة. وقد تراوحت معاملات الثبات بين ٠.٧١ و ٠.٩٤، وكانت معظم الارتباطات مرتفعة بصورة مرضية. ويرجع انخفاض الاتساق الداخلي لبعض المقاييس الاكلينيكية إلى أنها ليست أحادية البعد بمعنى أنها منخفضة في درجة تجانسها.

مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية-للمراهقين:

قام بتشر وزملاؤه بنشر مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين في عام ١٩٩٢، استجابة للحاجة الماسة إلى أدوات تتناسب المراهقين بما لهم من خصائص ومشكلات مميزة من نواحي النمو البيولوجي والاجتماعي والنفسي والجنسي (Butcher, 1993). وقد تبين من دراسة حديثة العهد أجراها آرثرش Archer أن أكثر المقاييس شيوعاً مع المراهقين هو مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه (الأصلي) MMPI، حيث يستخدم في كثير من الأغراض الاكلينيكية بجانب أغراض البحث العلمي. ومع ذلك فهذا الاستخدام يشوبه الكثير من أوجه القصور من نواحي متعددة؛ فبعض البنود لاتلائم المراهقين، وبعضها سيئة الصياغة، وبعضها الآخر غير مقبول من ناحية المضمون. كذلك لا يحتوي المقياس الأصلي على اختبارات ملائمة للمراهقين بصورة خاصة، كما أن معايير الراشدين لاتناسب المراهقين.

وقد قام بتشر وزملاؤه بعملية تطوير شاملة للمقياس وذلك بحذف البنود غير الملائمة للمراهقين وإضافة غيرها، وإعادة صياغة البنود الأخرى لجعلها أكثر ملاءمة للمراهقين وللعصر الحاضر. وقاموا بتقنين المقياس على عينة تمثل المراهقين من المدارس الإعدادية والثانوية من عدة ولايات أمريكية. واشتملت على ٨٠٥ من الذكور و٨١٥ من الإناث، وذلك بالإضافة إلى عينة إكلينيكية تتكون من ٤٢٠ من الذكور، و٢٩٣ من الإناث. ويطبق المقياس أساساً على المراهقين من سن ١٤ إلى سن ١٧ سنة.

مقاييس الصدق: وهي على النحو التالي:

- ١- مقياس علامة الاستفهام (?):
- ٢- مقياس الكذب (ل).
- ٣- مقياس الخطأ (١).
- ٤- مقياس الخطأ (٢).
- ٥- مقياس التصحيح (النزعة الدفاعية) (ك).
- ٦- مقياس الندرة بالصفحة الأخيرة.
- ٧- مقياس تناقض الاستجابات المتغير.
- ٨- مقياس تناقض استجابات "صحيح".

المقاييس الإكلينيكية لمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين:

- ١- مقياس توهم المرض
- ٢- مقياس الاكتئاب
- ٣- مقياس الهستيريا
- ٤- مقياس الانحراف السيكوباتي
- ٥- مقياس الذكورة-الأنوثة
- ٦- مقياس البارانويا
- ٧- مقياس السيكاستينيا
- ٨- مقياس الفصام
- ٩- مقياس الهوس الخفيف
- ١٠- مقياس الانطواء

مقاييس المضمون للمراهقين:

يذكر بتشر وزملاؤه (Butcher, et al, 1992) أن مقاييس المضمون للمراجعة الثانية لمقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI-2 قد استخدمت كنقطة بداية

فى إعداد مقاييس المضمون للمراهقين، كما اتبعت نفس الخطوات المنطقية والإحصائية فى بناء مقاييس المضمون. ومع ذلك فيلاحظ أن محتوى مقاييس المضمون لمقاييس المراهقين يختلف عن محتواها فى مقياس الراشدين. كما أظهرت دراسات الثبات أن الثبات بإعادة الاختبار أو بالإتساق الداخلى أن المقياس على درجة مقبولة من الثبات. فمثلاً تراوحت معاملات الثبات بإعادة تطبيق الاختبار بين ٠.٦٢ و ٠.٨٢ (المرجع السابق). وقد اشتمل مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للمراهقين على ١٥ مقياساً، على النحو التالى:

مقياس القلق (A-anx (Adolescent-Anxiety):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من أعراض القلق، مثل التوتر، وكثرة الفكر، وصعوبات النوم (مثل الكوابيس وصعوبة الخلود إلى النوم). ويذكرون أيضاً مشكلات التركيز، وصعوبة مواصلة القيام بالأعمال. والحياة بالنسبة لهم مليئة بالضغوط، والصعوبات تبدو غير ممكنة الحل.

مقياس الوسواس (A-obs (Adolescent-Obsessiveness):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من التفكير حول أمور تافهة غالباً. وقد يجترونها فى أذهانهم بعض الكلمات الرديئة، أو يعدون الأشياء غير الهامة. وقد يصعب عليهم النوم أحياناً بسبب كثرة تفكيرهم. وقد يجدون صعوبة فى اتخاذ القرارات، وكثيراً ما يخشون من أى تغيير فى حياتهم.

مقياس الاكتئاب (A-dep (Adolescent-Depression):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من أعراض الاكتئاب مثل كثرة البكاء أو الشعور بالارهاق. وهم غير راضين عن حياتهم ويشعرون بأن الآخرين أسعد حالاً منهم. ويذكرون أن حياتهم لا قيمة لها، وأن أغلاطهم لا تغفر. كما يشعرون باليأس، ويتمنون الموت أو قد يفكرون فى الانتحار.

مقياس المشاغل الصحية (A-hea (Adolescent-Health Concerns):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس العديد من المشكلات الجسمية التى تؤدى إلى كثرة غيابهم من المدرسة أو عدم استمتاعهم بالأنشطة التى تعقب اليوم المدرسى. وتغطى شكاواهم عادة العديد من أجهزة الجسم، كما يعبرون عن القلق على صحتهم.

مقياس الاغتراب (A-ain (adolescent-Alienation):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الشعور بوجود مسافة وجدائية كبيرة بينهم وبين الآخرين. ويشعرون بأنه لا أحد يفهمهم أو

يهمهم أمرهم. ولا يشعرون بأن الآخرين يحبونهم، أو بأن علاقاتهم بالآخرين جيدة. ويعتقدون أن الآخرين يعاملونهم معاملة قاسية.

مقياس الأفكار الغريبة (A-biz (adolescent-Bizarre Mentation):

يورد المراقبون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من الأفكار والخبرات الغريبة والتي قد تشمل الهلوس السمعية والبصرية والشمية، أو الهذات. وقد يعتقدون أن الآخرين يحاولون سرقة أفكارهم أو السيطرة على عقولهم، أو أن العفاريت أو الأرواح الشريرة قد تلبستهم.

مقياس الغضب (A-ang (adolescent-anger):

يورد المراقبون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات المتعلقة بالتحكم في الغضب. وكثيراً ما يشعرون بالرغبة في سب الآخرين أو تكسير الأشياء أو القتال مع الآخرين. ويستخدمون الصراخ والصوت العالي للحصول على ما يريدون.

مقياس التشكك في الآخرين (A-cyn (adolescent-Cynicism):

يعبر المراقبون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس عن كراهيتهم للبشر. ويعتقدون أن الآخرين يستهدفون النبل منهم، ويبحثون عن الدوافع الخفية إذا أحسن أحد الناس الصنيع لهم. ويرون أن من الأفضل عدم الثقة بأي إنسان. ويرون أن الناس يكرهون في أعماقهم مساعدة الآخرين، ويشكون في نواياهم إن أبدوا شيئاً من حسن الصنيع.

مقياس مشكلات السلوك (A-con (adolescent-Conduct Problems):

يورد المراقبون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات السلوكية كالسرقة، والكذب، واستعمال الشتائم، وتكسير الأشياء. وكثيراً ما يكون رفاقهم أيضاً من أصحاب المشاكل الذين يحرضونهم على فعل الأشياء التي يعرفون أنهم يجب عليهم تجنبها. ويعترفون بعمل أشياء في الماضي لا يمكنهم التحدث عنها مع أي إنسان.

مقياس تدنى النظرة للذات (A-lse (adolescent-Low self-esteem):

يورد المراقبون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من الآراء السلبية عن أنفسهم مثل الشعور بالافتقار إلى الجاذبية، وفقدان الثقة بالنفس، والشعور بأنهم بلا منفعة، وبأنهم محدودى القدرة، كثيرون الأخطاء، لا يستطيعون القيام بأن شيء على الوجه الصحيح. ويميلون للاستسلام لضغوط الآخرين. ويتركون للآخرين تحمل المسؤولية عندما تحتاج المشكلات إلى الحل، كما أنهم لا يشعرون بالقدرة على التخطيط للمستقبل.

مقياس انخفاض مستوى الطموح (A-las (adolescent-Low aspirations):

يذكر المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس أنهم لايهتمون بالنجاح. وهم لا يحبون الدراسة أو القراءة، ويكرهون المحاضرات عن الموضوعات الجادة، وهم لا يتوقعون النجاح فيما يقومون به من أعمال، ويكرهون الشروع في القيام بالأعمال؛ وسرعان ما يتوقفون عن العمل عند مواجهة أي صعب. ويتركون للآخرين حل المشكلات، ويتجنبون مواجهة الصعاب. وكثيراً ما يصفهم الآخرون بأنهم كسالى.

مقياس عدم الارتياح الاجتماعي (A-sod (adolescent-Social Discomfort):

يشعر المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس بصعوبات جمّة عندما يكونون في صحبة الآخرين. وهم خجولون ويفضلون الوحدة وتجنب الآخرين. وهم لا يحبون الحفلات أو الاجتماعات العامة. ولا يتكلمون إلا إذا بلدهم الآخرون بالكلام. ويصعب عليهم عمل صداقات مع الآخرين أو مقابلة أشخاص جدد لأول مرة.

مقياس المشكلات الأسرية (A-fam (adolescent-Family Problems):

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس الكثير من المشكلات مع آبائهم وباقي أعضاء أسرهم. ويتميز أسرهم بكثرة الشقاق، والغيرة، وتصيد الأخطاء، والغضب، والضرب والخلافات الشديدة، وقلة الاتصال. ولا يعتقد هؤلاء المراهقون أنهم يستطيعون الاعتماد على أهلهم في أوقات الشدة. كما يشعرون بأن آباءهم كثيراً ما يعاقبونهم دون سبب، ويعاملونهم كأنهم أطفال.

مقياس المشكلات المدرسية (A-sch (adolescent-School Problems):

يتميز المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس بأن لديهم الكثير من الصعاب في المدرسة، مثل انخفاض الدرجات المدرسية، والطرد أو الهروب من المدرسة. كما أن لديهم اتجاهات سلبية نحو المدرسين، ويكرهون المدرسة. والشئ الوحيد الذي يسرهم بالنسبة للمدرسة هو صداقاتهم. وهم لا يشاركون في النشاطات المدرسية أو الرياضة ويعتقدون أن المدرسة مضيعة للوقت. وبعض هؤلاء المراهقين قد ينكرون أنهم يخافون من الذهاب للمدرسة.

مقياس المؤشرات السالبة للعلاج**A-trt (adolescent-Negative Treatment Indicators)**

يورد المراهقون الذين يحصلون على درجات عالية على هذا المقياس اتجاهات سلبية نحو الأطباء والمتخصصين في الصحة النفسية. وهم لا يعتقدون بأن الآخرين

لديهم القدرة على فهمهم أو الاهتمام بما يحدث لهم. ولا يرغبون في تحمل المسؤولية ومواجهة ما يعانونه من صعاب أو مشكلات. وينكرون أن لديهم الكثير من الأخطاء أو العادات السيئة التي يشعرون بأنها غير قابلة للحل، وهم لا يرغبون في مناقشة مشكلاتهم أو أسرارهم مع الآخرين.

المقاييس الإضافية:

وهي ستة مقاييس إضافية، المقاييس الثلاث الأولى منها هي من المقاييس التقليدية التي طورتها البحوث والدراسات السابقة. وهي على النحو التالي:

مقياس القلق (A (anxiety):

وقد طور هذا المقياس ويلش Welsh لقياس العامل الأول الذي يتم استخلاصه عند تحليل مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية، وهو بذلك يشبه مقياس العصبية (عند أيزنك).

مقياس الكبت (R (Repression):

وقد طور هذا المقياس ويلش Welsh أيضاً، لقياس العامل الثاني الذي يتم استخلاصه عند تحليل مقاييس الصدق والمقاييس الاكلينيكية، وهو بذلك يشبه إلى حد ما مقياس الانبساط والانطواء.

مقياس ماك أندرو لإدمان الكحول:

MAK-R (MacAndrew Alcoholism Scale-Revised):

وقد طور هذا المقياس أصلاً ماك أندرو MacAndrew حيث توحى الدرجات المرتفعة باستخدام الكحول أو المخدرات، وبالانبساط الاجتماعي والميل للمخاطرة. كما اشتملت المقاييس الإضافية على المقاييس الإضافية الجديدة التالية:

مقياس الاعتراف بمشكلات الخمر أو المخدرات

ACK (Alcohol/Drug Problem Acknowledgement):

وقد تم إعداد هذا الاختبار لفحص الشباب الذين يعترفون بأن لديهم مشكلات بالنسبة لتعاطي الخمر أو المخدرات، حيث يساعد على التعرف على مدى حدة المشكلة.

مقياس الاستهداف للخمر أو المخدرات

PRO (Alcohol/Drug Problem Proneness):

ويشبه هذا المقياس مقياس ماك أندرو Mac-R scale، وقد تم إعداده بطريقة امبيريقية عن طريق التعرف على بنود مقياس منيسوتا لشخصية المراهقين التي ميزت

بين الأولاد والبنات الذين يعانون من مشكلات الإيمان وبين الأولاد والبنات الذين لا يعانون من هذه المشكلات ممن يتلقون العلاج من مشكلات الصحة النفسية.

مقياس عدم النضج (Immaturity): IMM

ويقاس هذا المقياس مدى ذكر المراهق لأشكال السلوك والاتجاهات وتصورات الذات والآخرين التي تعكس عدم النضج في كل من العلاقات الشخصية، والتعقيد المعرفي، والوعي بالذات، والحكم، وضبط الاندفاعات. وترتبط درجات المقياس ارتباطاً سلبياً مع سنوات العمر لدى المراهقين من الذكور والإناث.

ثالثاً: المقاييس العاملة للشخصية :

يتم بناء المقاييس العاملة للشخصية (كما يشير الاسم) باستخدام أسلوب التحليل العامل. وفي هذه الحالة يستهدف التحليل العامل بناء مقاييس نقية عاملياً، بمعنى أن كل مقياس يقيس عاملاً واحداً من عوامل الشخصية بصورة أساسية. والمنهج المتبع في بناء المقاييس العاملة يبدأ بتطبيق مجموعة كبيرة من البنود على عينة من المفحوصين؛ ثم يتم بعد ذلك حساب معاملات الارتباط بين البنود؛ وبعد ذلك يتم تحليل المصفوفة الارتباطية واستخلاص العوامل الأساسية التي تقيسها تلك البنود؛ ويلى ذلك خطوة تجميع البنود المشبعة تشبعاً عالياً على أحد العوامل معاً في مقياس عاملي يقيس هذا العامل. وبالطبع تتبع ذلك خطوات أخرى للوصول بالمقياس إلى صورته النهائية. ومن أشهر المقاييس العاملة التي بنيت على أساس التحليل العامل مقياس أيزنك للشخصية، ومقاييس جيلفورد، ومقياس كاتل للشخصية.

وتمتاز المقاييس العاملة بأنها تحاول قياس متغيرات أو مفاهيم سيكولوجية أساساً؛ وبذلك فهي تتفادى قياس متغيرات جاءت من خارج مجال علم النفس مثل فئات الطب النفسي التي ركز على قياسها مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه، خاصة في صورته الأولى. كما تمتاز هذه الاختبارات أيضاً بالنقاء العامل الذي يساعد على تحقيق الوضوح في تفسير الدرجات التي يحصل عليها المفحوصون عندما يطبق عليهم الاختبار. وسوف نعرض فيما يلي أمثلة من تلك المقاييس العاملة.

١- اختبار أيزنك للشخصية:

مر مقياس أيزنك بعدد من التطويرات إلى أن وصل إلى صورته الحالية المسماة باستخبار أيزنك للشخصية (EPQ) Eysenck Personality Questionnaire. ويقاس اختبار أيزنك للشخصية الأبعاد التالية: (Eysenck, 1975)

- أ - العصابية Neuroticism
- ب - الانبساط Extraversion
- ج - الذهانية Psychoticism
- د - النزعة الإجرامية Criminality

وقد سبق تعريف المقياس واستخدامه في العديد من بحوث ودراسات علم النفس (أنظر مثلاً: م. فراج ١٩٧٠) بجانب استخدامه في العيادات النفسية. ويتميز مقياس أيزنك بإعطاء صورة موجزة وواضحة عن أبعاد الشخصية التي يقيسها مما ييسر تفسير نتائج المقياس. ويمكن ربط نتائجه ببعض المفاهيم الإكلينيكية الأخرى للمساعدة على فهم طبيعة المشكلات التي يعاني منها المريض. وربما كان ذلك الإيجاز على حساب إعطاء صورة مفصلة عن سمات الشخصية.

٢ - مقياس جيلفورد للشخصية:

استهدف جيلفورد ومعاونوه تصميم مقياس عاملية تعطي درجات واضحة عن سمات الشخصية الأولية. وللوصول إلى هذا الهدف قاموا بتطبيق العديد من استخبارات الشخصية؛ ثم قاموا بحساب معاملات الارتباط بين البنود وإجراء التحليل العاملي عليها. وبناءً على نتائج التحليل العاملي تم بناء ثلاثة مقاييس يشتمل كل منها على مجموعة من الاختبارات التي يقيس كل اختبار منها عاملاً واحداً من عوامل الشخصية. والمقاييس الثلاثة على النحو التالي:

أ - مقياس العوامل STDCR

- ١ - عامل الانطواء الاجتماعي (S) Social Introversion (S).
- ٢ - عامل انطواء التفكير (T) Thinking Introversion (T).
- ٣ - الاكتئاب (D) Depression (D).
- ٤ - عامل الاستعداد الدوري (التقلبات المزاجية) (C) Cycloid Disposition (C).
- ٥ - عامل الميل إلى الانطلاق والتخفف (R) Rathymia (R).

ب - مقياس العوامل جامين GAMIN ويتضمن:

- ١ - عامل النشاط العام (G) General Activity (G).
- ٢ - عامل السيطرة (A) Ascendance (A).
- ٣ - عامل الذكورة (M) Masculinity (M).
- ٤ - عامل الشعور بالقصور (أو النقص) (I) Inferiority Feeling (I).
- ٥ - عامل العصبية (N) Nervousness (N).

ج- مقياس شئون الأفراد (Personnel Inventory Objectivity (O) ويتضمن:

- ١- عامل الموضوعية (Objectivity (O)
 - ٢- عامل دماثة الطبع (Agreeableness (Ag)
 - ٣- عامل الميل للتعاون والتسامح (Cooperativeness (Co)
- وقد قام كل من سويف وفراج بنشر مقياس جيلفورد العاملية باللغة العربية في مصر (سويف، فراج، ١٩٧١). كما قام المؤلف الحالي أيضاً بنشر دراسة عاملية على تلك المقاييس (م. فراج، ١٩٨٠).
- وقام جيلفورد فيما بعد بتجميع هذه المقاييس معاً في مقياس واحد هو مقياس جيلفورد-زيمرمان للمزاج. وهو يشتمل على عشرة مقاييس تقيس عشرة سمات. ويشتمل كل مقياس منها على ثلاثين بنداً. ومن أمثلة هذه السمات الاتزان الوجداني، وضبط النفس، ودماثة الخلق. وقد تم إعداد معايير مئينية ودرجات معيارية للمقياس باستخدام عينات من طلاب الجامعات بصورة رئيسية. كما أن معاملات ثبات المقاييس تتراوح بين ٠.٧٥ و ٠.٨٥.

٣- مقاييس كاتل للسمات الأساسية:

اعتمد كاتل R. B. Cattell في بناء مقياسه PF-16 على إجراء التحليلات العاملية المتتالية للتقديرات ratings التي قام بإعطائها بعض الأشخاص في الحكم على شخصيات بعض الأفراد الآخرين. وانتهى من ذلك إلى بناء مقياس العوامل الأساسية للشخصية والذي يتكون من ١٦ مقياساً عاملياً.

أساليب الاستجابة في قياس الشخصية:

نشأ الاهتمام بأساليب الاستجابة عن مصدرين أساسيين:

أولاً: اعتبار أن أساليب الاستجابة (مثل أسلوب الجاذبية الاجتماعية) لها تأثير غير مرغوب على استجابات المفحوصين على اختبارات الشخصية، بحيث نجد أن ميل الفرد للظهور في صورة جذابة اجتماعياً يؤدي إلى إعطاء صورة مضللة عن شخصيته. ولهذا عمل علماء النفس على محاولة السيطرة بالأساليب السيكمترية الفنية على أساليب الاستجابة لمنعها من التأثير على صدق الاختبار ومن أمثلة ذلك استخدام أسلوب الاختيار الاجباري.

ثانياً: المصدر الثاني للاهتمام بأساليب الاستجابة يرجع إلى اعتبار أنها في حد ذاتها لها أهميتها في الكشف عن الشخصية.

وسوف نعرض بإيجاز لاستخدام أساليب الاستجابة في دراسة الشخصية الانسانية وفهمها. وقد تناولت البحوث النفسية بالدراسة أربعة أنواع من أساليب أو وجهات الاستجابة، وهى:

- ١- أسلوب الاستجابة المنحرفة.
- ٢- أسلوب الاستجابة المتطرفة.
- ٣- أسلوب الجاذبية الاجتماعية.
- ٤- أسلوب الموافقة.

وسوف نعرض هنا بإيجاز لقياس هذه الأساليب الأربعة.

أولاً: أسلوب الاستجابة المنحرفة:

صمم برج وهنت Berg & Hunt مقياساً للاستجابة المنحرفة، هو ما يسمى "رد الفعل نحو الصور"، كما صمم اختباراً آخر لنفس الهدف هو "رد الفعل نحو الكلمات"، حيث يطلب من المفحوص أن يعبر عن درجة حبه أو كرهه للصور، أو للأشياء المختلفة. كما صمم والين R.W Wallen اختبار الأطعمة لقياس الاستجابات المنحرفة. وقد أشارت الدراسات التى أجريت باستخدام هذه الاختبارات أن المرضى الذهانيون يتميزون بكثرة تكرار إجابة "أحب" بينما العصبيون يتميزون بتكرار أكبر لاستجابة "أكره" فى الاستجابة لبنود الاختبار (Berg, 1953; 1955).

ثانياً: أسلوب الاستجابة المتطرفة:

صمم سوييف اختبار الصداقة الشخصية لقياس الاستجابات المتطرفة، وانتهى من دراساته إلى اعتبار أن الاستجابات المتطرفة هى بمثابة مؤشر للتوتر النفسى والنفور من الغموض. وقد تبين من تلك الدراسات أن متوسط الاستجابات المتطرفة لدى المراهقين أعلى منه عند الراشدين، كما أنها كانت بين الراشدين أعلى عند الإناث عنها بين الذكور (M.I. Soueif, 1958).

كما وجد برنجلمان أن الاستجابات المتطرفة الإيجابية لدى الفصامين أعلى منها بالمقارنة بالعصبيين، وعلى العكس فإن الاستجابات المتطرفة السلبية لدى العصبيين أعلى منها بالمقارنة بالفصامين. ووجد هسترلى (S. O. Hesterly, 1963) أن الأطفال وكبار السن يختارون استجابات وجدانية أكثر تطرفاً نحو التصميمات أو الأشكال المجردة. وقد أجرى المؤلف الحالى دراسة طبق فيها اختبار الاستجابات المتطرفة على ١٠٠ من الذهانيين، بالإضافة إلى ١٠٠ من الأسوياء، و ١٠٠ من العصبيين، ممن تم تحديدهم على أساس محك درجات اختبار العصبيية. (م. فراج، ١٩٦٥). وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن هناك فرق جوهري بين الأسوياء والذهانيين فى كل

من الاستجابة المتطرفة السالبة (-٢) والاستجابة المتطرفة الموجبة (+٢).. كذلك فإن الفرق بين الاستجابة المتطرفة الموجبة والاستجابة المتطرفة السالبة (الفرق بين مجموع +٢ و -٢) كان جوهرياً عند الذهنيين فقط دون الأسوياء أو العصبيين.

كما قام الباحث بإجراء التحليل العاملي على نصف بنود الاختبار. وقد انتهى إلى استخلاص عاملين فسرهما على النحو التالي:

١- العامل الأول: وقد فسر هذا العامل على أنه عامل التوتر النفسى العام. وقد وجد أن تشبعات البنود عليها إيجابية، وتزداد التشبعات فى حالة البنود التى تعكس التوتر النفسى العام أو التى تعتبر مدمجة للأناء.

٢- العامل الثانى: وقد تبين أن التشبعات على هذا العامل تتصل بمضمون البنود، ودرجة جاذبيتها الاجتماعية. وقد أطلق على هذا العامل اسم عامل المضمون.

ثالثاً: أسلوب الجاذبية الاجتماعية:

يرى ادواردز (A. Edwards, 1957) أن الجاذبية الاجتماعية social desirability تشكل سمة عامة من سمات الشخصية. وإذا كان تأثير الجاذبية الاجتماعية على الأداء على استخبارات الشخصية قد اعتبر عاملاً مضيقاً فى نظر المهتمين بقياس الشخصية، فإن ادواردز قد ركز جهوده على قياس الجاذبية الاجتماعية كسمة من سمات الشخصية، وعلى بيان تأثيرها الكبير على درجات مقاييس الشخصية. وقد أوضح ادواردز أن بنود استخبارات الشخصية يمكن تقديرها (بواسطة عينة من المفحوصين) تبعاً لدرجة جاذبيتها أو عدم جاذبيتها الاجتماعية. وبذلك نستطيع الحصول على قيم الجاذبية الاجتماعية لكل بند من بنود الاختبار. وقد بين ادواردز أيضاً أن الدرجات على الكثير من الاستخبارات ترتبط ارتباطاً مرتفعاً جداً مع قيم الجاذبية الاجتماعية لبنود تلك الاستخبارات. فالأفراد حين يستجيبون لبنود الاستخبارات لا يستجيبون فقط للمحتوى السلوكى للبنود، بل تتأثر استجاباتهم أيضاً بمدى الجاذبية الاجتماعية للبنود، فيميل الأفراد عادة إلى وصف أنفسهم بالصفات الجذابة اجتماعياً دون الصفات غير الجذابة اجتماعياً.

كذلك فقد قام ادواردز بتصميم مقياس خاص لقياس سمة الجاذبية الاجتماعية. ويضم هذا المقياس مجموعة من البنود تشترك فقط فى كونها ذات قيم مرتفعة فى الجاذبية الاجتماعية ولكنها ذات مضامين متباينة، وقد تم تجميع هذه البنود من استخبارات مختلفة بناءً على درجة جاذبيتها الاجتماعية. وقد انتهى ادواردز من بحوثه التى أجراها باستخدام هذا المقياس إلى أن معظم التباين فى كثير من استخبارات الشخصية يرجع إلى أسلوب الجاذبية الاجتماعية. وبناءً على هذه الدراسات يفسر

ادواردز العامل الرئيسي الذي اعتاد علماء النفس على تسميته بعامل العصابية أو المرض النفسي أو قوة الأنا على أنه عامل الجاذبية الاجتماعية.

وقد أجرى المؤلف الحالي (م. فراج، ١٩٧٠) دراسة على سمات الشخصية وعلاقتها بأساليب الاستجابة، حيث قام بتصميم مقياس للجاذبية الاجتماعية وللميل للموافقة acquiescence، وإدخالها في دراسة عاملية مع عدد من استخبارات الشخصية الأخرى. وقد انتهى من هذه الدراسة إلى تفسير أحد العوامل الرئيسية المستخلصة على اعتبار أنه عامل الجاذبية الاجتماعية.

أسلوب استجابة الموافقة :

ويشير هذا الأسلوب إلى ميل المفحوصين إلى اختيار استجابة "نعم" أو "صحيح" أو "أوافق" على استخبارات الشخصية. وقد ربطت دراسات علم النفس بين الميل للموافقة وبين عدد من سمات الشخصية الأخرى مثل النزعة التسلطية (Levitt, et al, 1955)، وكذلك الميل إلى التدين (Fisher, 1964)، وأيضاً بعض المتغيرات الأخرى. وقد قام المؤلف الحالي بإعداد مقياس للموافقة، أدخلها ضمن بطارية للإختبارات استخدمها في دراسة العلاقة بين سمات الشخصية وأساليب الاستجابة. وقد أمكن بواسطة التحليل العاملي استخلاص ثلاثة عوامل هي:

١- عامل عدم الحسم في مقابل الموافقة

٢- عامل الجاذبية الاجتماعية

٣- عامل التوتر النفسي

وقد انتهى الباحث من تلك الدراسة (م. فراج، ١٩٧٠) إلى القول بأن لوجهات الاستجابة أثر كبير على الدرجات التي يحصل عليها الأفراد على استخبارات الشخصية، وأن العوامل التي تستخلص عادة من استخبارات الشخصية وتعرف بأنها عوامل العصابية والانطواء مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً بوجهات أو أساليب الاستجابة.

الاختبارات الاسقاطية :

تتميز الاختبارات الاسقاطية بأنها تقدم للمفحوص منبهات غامضة أو غير محددة. وفي محاولة المفحوص تحديد المنبهات وإدراكها إدراكاً واضحاً فإنه -دون أن يقصد- يعكس خصائص شخصيته ودوافعه ومخاوفه وقلقته وديناميات شخصيته. كذلك فإن النظرة إلى استجابات المفحوص نظرة إجمالية، من حيث أن هذه الاستجابات تعكس ديناميات شخصية المفحوص ككل، وليس مجرد سمات محدودة للشخصية.

وفى وقتنا الحاضر هناك العديد من الاختبارات الاسقاطية التى تأخذ أشكالاً مختلفة:

- ١- الاختبارات المصورة: وهى تقدم للمفحوص منبهات غامضة يطلب من المفحوص الكلام عنها.
- ٢- اختبارات الرسم: وهنا يطلب من المفحوص عمل رسوم يتم تقييمها من حيث تعبير تلك الرسوم عن شخصية المفحوص.
- ٣- الاختبارات الاسقاطية النفظية: مثل تكميل الجمل، أو تداعى الكلمات، حيث يقدم الأخصائى إلى المفحوص اختباراً يشتمل على جمل غير كاملة وغير موحية أو موجهة للاستجابة، ويطلب من المفحوص أن يقوم بإكمال تلك الجمل. ويتم تصحيح الاختبار للاستدلال على شخصية المفحوص.
- اختبارات اللعب: وهنا نقدم للمفحوص بعض اللعب أو الدمى والتى يطلب من المفحوص اللعب بها وترتيبها. ويستدل من أداء المفحوص (والذى يكون غالباً من الأطفال) على ديناميات شخصيته.
- وسوف نكتفى هنا بعرض موجز لاختبارى تفهم الموضوع، والرورشاخ. ويمكن لمن يريد الاطلاع على مزيد من التفاصيل الرجوع إلى مانشر عن الاختبارات الاسقاطية (أنظر مثلاً: م. الزيدى، ١٩٦٩؛ لويس مليكه، ١٩٧٧؛ سيد غنيم وهدي برادة، ١٩٦٤، ١٩٦٥).

اختبار رورشاخ :

قدم هذا الاختبار الطبيب النفسى السويسرى هيرمان رورشاخ Rorschach فى سنة ١٩٢١. وهو يتكون من عشرة بطاقات، وعلى كل بطاقة منها بقعة حبر متمثلة أو متناظرة الجانبين (الأيمن والأيسر)، وبعض هذه البطاقات سوداء أو رمادية اللون، وبعضها يحتوى على اللون الأحمر وبعضها متعددة الألوان، وجميعها مرسومة على أرضية بيضاء. وعند تقديم هذه البطاقات إلى المفحوص يطلب منه الأخصائى أن يذكر ما لذى يراه فى البطاقة أو كيف تبدو له بقعة الحبر. ويقوم الأخصائى بتسجيل كل مايقوله المفحوص بالنسبة لكل بطاقة من هذه البطاقات. كذلك يسجل الأخصائى زمن رد الفعل بين تقديم البطاقة أو عرضها على المفحوص وبين بداية استجابته لها. وبعد أن ينتهى الأخصائى من تطبيق الاختبار يقوم بتصحيح الاستجابات حسب تعليمات التصحيح والتفسير. ويلاحظ أن هناك نظم متعددة للتصحيح طورها خبراء الرورشاخ. وهناك عدد من العناصر الأساسية التى يتفق عليها خبراء الرورشاخ والتى تستخدم فى التصحيح، هى على النحو التالى:

- ١- المكان أو الموقع: ويتصل ذلك بأجزاء بقعة الحبر التي يستخدمها المفحوص في الاستجابة (مثلاً: كل البقعة، أو جزء كبير أو صغير منها، أو جزء نادر الاستخدام عادة، أو فراغ أبيض في البقعة... الخ)
 - ٢- محددات الإدراك: مثل اللون والشكل والتظليل وإدراك الحركة.
 - ٣- المضمون: ويشمل ذلك الكثير من محددات المضمون: كالناس والحيوانات والأشياء غير الحية، وأجزاء من هذه المحددات.
 - ٤- شيوخ الاستجابة: وهنا تصحح الاستجابة تبعاً لدرجة شيوخها أو ندرتها.
 - ٥- تقدير مستوى الشكل: وهو الحكم على ما إذا كانت الاستجابة تلائم بقعة الحبر، ويدخل في الاعتبار عند التقدير: الدقة والتخصيص والتنظيم.
- وكثيراً ما يدخل في تقييم الاستجابة للمقياس الانطباعات التي يكونها الأخصائي عن استجابات المفحوص، اعتماداً على مألوفه من معرفة وخبرة في مجال التحليل النفسي.

اختبار تفهم الموضوع :

قدم هنري موراي ومورجان Murray & Morgan سنة ١٩٣٥ اختبار تفهم الموضوع (Thematic Apperception Test (TAT). وهو يتكون من ثلاثين صورة معظمها يحتوى على صور لأفراد في مواقف غامضة. ويطبق الأخصائي النفسي عادة مابين ثمانى إلى عشرة صور في جلسة واحدة. وتقدم الصور بالتعليمات التالية: "سأريك بعض الصور، وأريد منك أن تعمل قصة حول كل صورة منها؛ نقول فيها مألوف يحدث في كل صورة، وما الذى أدى إليه، وماهى النتيجة أو نهاية القصة. وأريد منك أن تجعل القصة مليئة بالحيوية والدرامية، وحاول أن تشعر بحرية تامة في التعبير عنها".

ويتم تسجيل القصص التي يكونها المفحوص حرفياً بقدر الإمكان كما يتم تسجيل زمن الرجوع والزمن الكلى للاستجابة بالنسبة لكل بطاقة، ويقوم الأخصائي أيضاً بالاستفسار من المفحوص عن التفاصيل التي تساعد في عملية تفسير نتائج الاختبار.

وهناك طرق متعددة لتفسير الاستجابات على اختبار تفهم الموضوع منها طريقة موراي نفسه، وكذلك طريقة بيلاك Bellack. وتبعاً لطريقة موراي يتم تحليل مضمون القصص بصورة إجمالية وفقاً لعدد من المحركات، هى: الشدة والاستمرار والتواتر والأهمية بالنسبة لبناء القصة، وذلك للتعرف على الحاجات النفسية والضغط التي يواجهها الشخص. ومن أمثلة الحاجات التي يذكرها موراي: الإنجاز، والعنوان، والجنس، والسيطرة، والانتماء... الخ. ويتم التعرف على الحاجات والضغط من خلال

ما يذكره المفحوص في القصة حول أبطالها وما يواجهونه من مواقف وعلاقات وصراعات.

وقد قام محمد عثمان نجاتي بنشر اختبار تفهم الموضوع بعد إجراء التعديلات على الصور بما يجعلها أكثر تمثيلاً من الناحية الشكلية مع البيئة المحلية (م. ع. نجاتي، ١٩٧٧). ولمزيد من التفاصيل حول اختبار تفهم الموضوع أنظر كلاً من (محمود الزياي، ١٩٦٩، لويس كامل مليكة، ١٩٧٧).

تقييم الأساليب الإسقاطية:

تتميز الأساليب الإسقاطية بأنها تساعد على إقامة العلاقة rapport مع المريض، وتساعد على تحويل إهتمامه عن ذاته، كما أنها تفيد مع الأشخاص الأميين والأطفال ومن لديهم صعوبات لغوية. وهي أقل قابلية للتزييف من استخبارات الشخصية.

وفي مقابل ذلك فهناك مشكلات كثيرة بالنسبة إلى الموضوعية في التصحيح والتفسير. ولاتتوفر المعايير الجيدة بالنسبة لمعظم الاختبارات الإسقاطية. ويتضح ذلك بشكل خاص إذا قلنا العينات التي استخدمت في تقنين مقياس منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية بأى من الاختبارات الإسقاطية. وبدون المعايير يصبح تفسير الاختبار أكثر تأثراً بالعوامل الشخصية الذاتية للفاحص، وبذاكرة الفاحص وشواغله الشخصية وتحيزات النظرية. وبدون المعايير أيضاً لاتتوفر لدينا صورة عن أداء الأشخاص الأسوياء في المجتمع العام، وخصائص الجماعات المختلفة في العمر أو المستوى الاجتماعي الاقتصادي أو التعليم أو غير ذلك.

وبالنسبة للثبات فيجب التأكد من ثبات المفسرين بدراسة مدى اتفاقهم على التفسير، وليس فقط ثبات المصححين.

كما تذكر أنستازي أن هناك بعض المشكلات بالنسبة لصدق المقاييس الإسقاطية. فدراسات الصدق المنشورة حول الأساليب الإسقاطية غير حاسمة في نتائجها نظراً لقصور إجراءات الضبط التجريبي والتحليل الإحصائي (A. Anastasi, 1982). كما تؤكد أنستازي على أهمية إجراء دراسات الصدق التحققي cross validation. فالنتائج التي يخرج بها أحد الباحثين قد تكون راجعة إلى الصدفة المحضة. ومن ثم يتعين إجراء دراسة أخرى على عينات جديدة للتحقق من صحة النتائج التي تم الوصول إليها في الدراسة الأولى، والتأكد من أن تلك النتائج لا ترجع إلى مجرد الصدفة البحتة. وتدعونا هذه الاعتبارات إلى توخي الحذر عند استخدام الأساليب الإسقاطية والتأكد من توفر المعايير، والثبات والصدق.

وقد لخص هنسلي وزميله وود تقييم مقياس رورشاخ بقولهم أنه رغم عقود من البحث لم يكن هناك تراكم مقنع من النتائج يؤيد استخدام الرورشاخ في العمل الإكلينيكي الروتيني ولا توجد أدلة تبرر استخدامه في المواقف الإكلينيكية (Hunsley, J. & Wood, 2015).

الفصل السابع التقدير السلوكي

الفصل السابع التقدير السلوكي

يختلف التقدير السلوكي behavior assessment عن القياس النفسي التقليدي من عدة وجوه.. فالقياس النفسي التقليدي يركز الاهتمام على قياس المتغيرات النفسية الكامنة وراء السلوك الظاهري، أو مانسميه أحياناً بالسمات أو الأنماط أو طرز الشخصية، كالإنتواء أو العصابية أو العدوانية ... الخ. أما التقدير السلوكي فإنه يركز الاهتمام على السلوك ذاته دون محاولة البحث عن السمات أو الأنماط فيما وراء السلوك. وهو يحاول في هذا الصدد أن يرسم صورة دقيقة للسلوك، وللمتغيرات الأخرى المصاحبة له. والتقدير السلوكي في جوهره شكل من أشكال القياس، يركز جهده على قياس السلوك، وقياس المتغيرات المؤثرة عليه، مستنداً في تصوره النظري على إسهامات علم النفس التجريبي ونظريات التعلم. وكما يقول فرناندو باليستروس Fernando Ballestros "إن الهدف الأساسي للتقدير السلوكي هو تحديد الظروف أو الشروط التي تتحكم في السلوك" (من خلال: سيلفا : 8, 1993, Silva).

ويرتبط التقدير السلوكي ارتباطاً وثيقاً بالعلاج السلوكي، كما أن التقدير السلوكي نشأ وتطور على يد المعالجين السلوكيين. ويذكر جلاسي وبيرو Glassi & Perot أن التقدير السلوكي قد تطور نتيجة لظاهرتين رئيسيتين: أولاً: الحاجة المنهجية من قبل الباحثين السلوكيين، والثانية: عدم الرضاء عن أساليب القياس التقليدية. وفيما يتعلق بالظاهرة الأولى فإن بعض الباحثين المتأثرين بسكينر، خلال الستينات، أخذوا في تطبيق الارتباط الشرطي الفعال operant conditioning في أماكن مثل الفصول الدراسية، والمستشفيات. ومن ثم فقد كانت لديهم حاجة واضحة لتطوير مناهج الملاحظة التي يمكن من خلالها تقييم التغيرات السلوكية في تلك المواقع. كذلك فإن الباحثين المتأثرين بنظرية بافلوف شعروا بالحاجة إلى طريقة منهجية لتقدير التغير السلوكي مباشرة خلال دراستهم لمدى فعالية أسلوب ولبه في العلاج بالتطمين المنظم systematic desensitization في علاج المخاوف والسلوك التجنبي" (Glassi & Perot, 1992, p. 624).

تعريف التقدير السلوكي :

رغم أنه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه بين المتخصصين، فإننا نذكر هنا على سبيل المثال تعريف كل من روزماري نلسون وهايز (Rosemary Nelson & S. C. Hayes, 1981, P. 3) للتقدير السلوكي وذلك بهدف توضيح طبيعة التقدير السلوكي. فالتقدير السلوكي هو عبارة "التعرف على وحدات الإستجابة ذات المعنى، وقياسها، وكذلك قياس المتغيرات المتحركة فيها (سواء في ذلك المتغيرات البيئية أو العضوية)، وذلك من أجل فهم السلوك البشري وتغييره". وهناك تعريفات أخرى نذكر منها تعريف كانفر وجونز (من خلال سيلفا Silva, 1993, p.9). حيث يعرف كانفر التقدير السلوكي بأنه "بمعناه الضيق ... يصف فلسفة في القياس ومليتهل بها من مناهج لجمع معلومات مفيدة عن الأشخاص، مبنية فقط على بعض أبعاد السلوك الصادر عن الفرد، في تفاعله مع البيئة، والقابل للملاحظة". أما جونز R.R. Jones فيعرف التقدير السلوكي بأنه "عبارة عن تقدير [أو فحص] يقوم به الفاحصون أو الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون أو غيرهم من الممارسين، الذين يستهدفون قياس مظاهر السلوك الظاهري، القابل للملاحظة الخارجية، وليس الأحداث أو المفاهيم المستترة، مثل الاتجاهات، أو سمات الشخصية". ولكن يلاحظ أن هناك اختلافات بين المتخصصين في وجهات النظر حول تعريف التقدير السلوكي وحول موضوع القياس. كذلك فهناك الكثير من التطورات التي طرأت على العلاج السلوكي بوجه عام؛ وهو المجال الذي يرتبط به التقدير السلوكي أوثق ارتباط، وقد تركت تلك التطورات أيضاً بصمات وآثاراً واضحة على التقدير السلوكي ذاته.

لمحة تاريخية :

من الصعب تحديد نقطة البداية التي ظهر عندها التقدير السلوكي. غير أنه من الممكن لنا أن نلمح تلك البوادر منذ البدايات الأولى للسلوكية وللعلاج السلوكي في أوائل القرن الحالي. ففي المحاولات السلوكية الأولى لواطسون وراينر (Watson & Rayner, 1920) وماري كفر جونز (Jones, 1924) في العشرينات نرى محاولات جادة لملاحظة السلوك وقياسه وتكميمه. على أنه لم يشع استخدام هذا الاسم (التقدير السلوكي) إلا منذ منتصف السبعينات.

وقد أسهمت كتابات أيزنك (H. J. Eysenck, ed., 1960) في توجيه الاهتمام إلى ضرورة التركيز على الأعراض السلوكية وقياسها قبل العلاج وأثناءه وبعد انتهائه. وقد نادى أيزنك بأن الأعراض السيكيترية (كالمخاوف المرضية مثلاً) هي نفسها المرض، وأنه لا مبرر للبحث عن المرض (كالعقد النفسية اللاشعورية) فيما وراء

الأعراض النفسية ذاتها. كذلك أسهم جوزف ولبة (J. Wolpe, 1958) إسهاماً كبيراً بقيامه بعلاج أعراض الخوف (الفوبيا) علاجاً مباشراً دون الحاجة إلى الرجوع إلى الماضي أو إلى تراكمتها اللاشعورية. وقد عززت إسهامات ولبة، وكتابات أيزنك تلك النظرة السلوكية إلى المرض النفسي من حيث أنه عبارة عن مجموعة من العادات السلوكية اللاتكيفية التي يمكن تغييرها بالإعتماد على مبادئ التعلم والارتباط الشرطي. وقد أدى كل ذلك إلى تحول المعالجين السلوكيين إلى التركيز على قياس السلوك نفسه وتحليل أبعاده، وعلى قياس المتغيرات المتحكممة فيه.

كذلك فقد أسهم كل من لانج ولازوفيك (Lang & Lazovik, 1963) إسهاماً بارزاً بالنسبة للتقدير السلوكي بتقديمهما لاستمارة المخاوف الشهيرة.

أوجه الشبه والاختلاف بين التقدير السلوكي والقياس النفسي التقليدي :

نل من أهم ما يميز التقدير السلوكي هو ذلك التركيز الواضح والمبدئي على السلوك الظاهري. ويصدق ذلك بصورة خاصة على التقدير السلوكي في بداياته الأولى وحتى أواخر السبعينات. فالسلوك هو الموضوع الهام، الجدير بالدراسة، بل ربما كان الموضوع الوحيد المشروع للدراسة إلى جانب المتغيرات المتعلقة به. أما المتغيرات الأساسية المؤثرة على السلوك فهي المتغيرات البيئية والمتغيرات الداخلية. وتشتمل المتغيرات البيئية على كل من المتغيرات الموقفية وهي المتغيرات السابقة على السلوك، أو التالية له. والمتغيرات السابقة على السلوك هي تلك المتغيرات التي تسبق السلوك، وتستثيره أو توجهه في وجهة أو أخرى، أما المتغيرات التالية للسلوك فتشمل المدعمات الإيجابية والسلبية وغير ذلك من أشكال الثواب والعقاب التي تعقب السلوك والتي تقويه أو تضعف منه. أما المتغيرات الداخلية فتشمل تلك المتغيرات الفسيولوجية، أو المتغيرات المعرفية كالأفكار والإعتقادات والصور الذهنية والمشاعر التي تؤثر بدورها على السلوك. وبالمقارنة بذلك فإن القياس النفسي التقليدي ينظر إلى ما وراء السلوك الظاهري، ويركز جل اهتمامه على قياس المتغيرات القائمة وراء السلوك.

كما يختلف التقدير السلوكي أيضاً عن القياس النفسي التقليدي من نواح أخرى. فالقياس النفسي التقليدي يركز على وصف الشخصية وتصنيف السلوك المرضي. وهو يتبنى في ذلك النظرة العامة أو الجمعية Nomothetic، ويركز على أهمية الاعتبارات السيكمترية في تقييم أدوات القياس. كما ينظر إلى التذبذبات داخل الفرد على تلك الأدوات على اعتبار أنها من أخطاء القياس لسمات تتصف أصلاً بالثبات النسبي. أما التقدير السلوكي فهو يتبنى نظرة فردية idographic، كما يحاول التعرف

على المتغيرات السابقة واللاحقة للسلوك، وهي تلك المتغيرات التي تتحكم في السلوك عند فرد معين بالذات، وليس عند كل الناس. كما أنه يمكن استخدام هذه المتغيرات أيضاً في التخطيط للعلاج الذي يستهدف تغيير السلوك المشكل. كذلك فإن التقدير السلوكي ينظر إلى السلوك على أنه عبارة عن استجابة لعوامل موقفية، وليس ثلثاً عبر المواقف المختلفة. ومن هنا فإن التنبؤات أو التغيرات داخل الفرد ليست أخطاء في القياس (حسب تصور القياس النفسي التقليدي) بل هي عبارة عن استجابات ذات معنى لمتغيرات سابقة أو لاحقة. كما أن الأخصائي النفسي يلاحظ هذه التنبؤات في السلوك أثناء العلاج لمعرفة ما إذا كانت تحدث بوجه عام في الاتجاه المرغوب (علاجياً).

ولا يوجد اختلاف كبير بين القياس النفسي التقليدي والتقدير السلوكي من ناحية طرق التقدير أو طرق الفحص المستخدمة. فالتقدير السلوكي لا يقصر نفسه على الملاحظة المباشرة للسلوك الظاهري، فإلى جانب ملاحظة السلوك الحركي الظاهري، وقياس السلوك الانفعالي-الфизиولوجي، فإنه يقوم أيضاً بقياس السلوك اللفظي-المعرفي. غير أننا نلاحظ أن التقدير السلوكي يعطى الاعتبار الأول والمرجعية للسلوك الظاهري.

ويستخدم أنصار التقدير السلوكي (مثلهم في ذلك مثل أنصار القياس النفسي التقليدي) تشكيلة واسعة من أدوات وطرق القياس. ومن الممكن تصنيف هذه الطرق والأدوات في فئتين رئيسيتين هما: الطرق المباشرة، والطرق غير المباشرة. وتشمل الطرق غير المباشرة المقابلة الإكلينيكية مع المريض ومع الآخرين، كما تشمل مقاييس التقارير الذاتية. أما الطرق المباشرة فتشمل الملاحظة الحية للمريض، أو الملاحظات الذاتية التي يقوم بها المريض نفسه. ومن فوائد الطرق المباشرة أن المعلومات المتجمعة لا تعتمد على قدرة المريض على التذكر الدقيق للمعلومات التي حدثت خارج جلسات العلاج. غير أن الملاحظة المباشرة - بالطبع - أكثر تكلفة وأكثر مشقة في الحصول عليها.

وילخص الجدول التالي (Glassi & Perot, 1992) أهم الفروق بين الفحص السلوكي والقياس النفسي التقليدي.

الهدف	الفحص السلوكي	القياس التقليدي
الأهداف	المساعدة في التعرف على المشكلات السلوكية والظروف المحافظة عليها المساعدة في اختيار العلاج المناسب المساعدة في تقييم فعالية العلاج المساعدة في مراجعة العلاج	المساعدة في تشخيص وتصنيف الحالات ذات المشكلات المساعدة في التعرف على العوامل المسببة etiological للمساعدة في التنبؤ بالمآل prognosis
الفروض أسباب السلوك	السلوك عبارة عن وظيفة للمتغيرات الموقفية أو للتفاعل بين المتغيرات الموقفية والمتغيرات الشخصية	السلوك عبارة عن وظيفة لمتغيرات نفسية داخلية أو شخصية (كالمات)
معنى الأداء السلوكي	ينظر إلى الأداء على أنه عينة من المخزون السلوكي لدى الشخص في موقف معين	ينظر إلى الأداء على الاختبار على أنه علامة أو إشارة إلى حالة أو سمة أو متغير شخصي مستمر وكامن وراء السلوك
التطبيقات بناء الأنوات	التأكيد على تمثيل المقياس جيداً للملامح الخاصة بالسياق موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أن محدده موقفية)	التأكيد على التأكيد على التأكيد على الملامح الخاصة بالسياق (حيث ينظر إلى الأداء على أنه متنسق عبر الزمان وعبر المواقف)
مجال الفحص	التأكيد على التمثيل الجيد للمخزون السلوكي موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أنه عينة من المخزون السلوكي)	التأكيد على التمثيل الجيد للحالة أو السمة أو المتغير للشخصي الكامن وراء السلوك موضوع الاهتمام (حيث ينظر إلى السلوك على أنه إشارة إلى متغير كامن)
جنول الفحص	التركيز على مجال عريض يشمل السلوك المشكل والظروف المحافظة عليه، ومتطلبات العلاج، وإعطاء العلاج، ونواتج العلاج.. الخ فحص متكرر: عند المراحل الرئيسية في العلاج أو طوال العلاج	التركيز على مجال ضيق يشمل المشكلة فحص غير متكرر: عادة قبل وبعد العلاج
طرق الفحص	تفضيل الطرق المباشرة في القياس	طرق القياس بحكم تعريفها غير مباشرة (من حيث أنه ينظر إلى الأداء على الاختبار على أنه إشارة إلى حالة أو سمة كامنة)

جدول رقم (٧-١) يبين أهم الفروق بين التقدير السلوكي والقياس النفسي التقليدي

الفروض الأساسية للتقدير السلوكي

تستند كل نظرية من نظريات الفحص أو القياس على مجموعة من الفروض الأساسية حول السلوك ومحدداته أو أسبابه. وتؤثر تلك الفروض على أنواع الأدوات المستخدمة في القياس، وعلى نوع الظواهر التي يركز عليها القياس، وعلى نوع المعلومات التي يتم الوصول إليها باستخدام المقاييس، كما تؤثر أيضاً على الإستنتاجات التي تترتب على تلك المعلومات. كذلك تؤثر تلك الفروض أيضاً على برامج العلاج وعلى تقييم آثار تلك البرامج العلاجية على المشكلات السلوكية. ويصدق ذلك بالطبع على النظريات المختلفة سواء في ذلك النظريات السلوكية أو الدينامية أو البيولوجية.

وسوف نتناول هنا بشئ من التفصيل الأسس النظرية التي يستند عليها التقدير السلوكي (S.N. Haynes, 1995 ; S.C. Hayes, 1991). ونوضح هنا أهم تلك النظريات أو الفروض الأساسية.

١- العلية البيئية-الاجتماعية:

نحل أهم الفروض المؤثرة على مناهج القياس ومحور اهتمامه هي تلك الفروض المتصلة بأسباب السلوك والعوامل المؤدية إلى حدوث اضطراباته. فمثلاً تعتبر النظريات التحليلية والدينامية أن أسباب السلوك ومحدداته تكمن في مجال اللاشعور. ومن هنا فإن القياس النفسي الدينامي يركز على محاولة الوصول إلى تقييم تلك العوامل اللاشعورية من خلال استخدام الأساليب الإسقاطية مثل اختبار روشاخ، أو اختبار تفهم الموضوع، أو استخدام أساليب التداعي الحر. بينما نجد أن وجهة النظر البيولوجية في الطب النفسي تركز الاهتمام على قياس العوامل البيولوجية التي تعتبرها بمثابة المؤثر الأساسي على السلوك. وبناءً على ذلك فإنها تلجأ إلى استخدام عمليات تحليل الدم أو البول مثلاً، أو رسم المخ خلال عمليات الفحص الإكلينيكي للمساعدة على الوصول إلى تشخيص الحالات ورسم خطة العلاج.

أما وجهة النظر السلوكية فإنها تنسب محددات السلوك -في غالب الأحيان- إلى تلك الأحداث الاجتماعية-البيئية التي تسبق حدوث السلوك أو تلك التي تعقبه فوراً. ويتضح ذلك مثلاً بشكل جلي في تفسير السلوك من خلال نظرية التعلم الاجتماعي، كالقول بأن انخفاض معدل التدعيم الاجتماعي عقب السلوك يؤدي إلى حدوث الاكتئاب النفسي.

ويلاحظ أن وجهة النظر البيئية-الاجتماعية لا تستبعد الدور الهام للعوامل الأخرى وتأثيرها البالغ على السلوك، مثل العوامل الفسيولوجية كالهormونات والأحماض الأمينية للدماغ، أو العوامل المعرفية كالإنتباه والتوقعات وتقييم الذات.

وافترض هذا الدور العلى الهام للأحداث البيئية فى تشكيل السلوك له أثر عميق على أهداف الفحص السلوكي ومناهجه. فالفحص السلوكي يركز بالضرورة على قياس الأحداث السابقة على السلوك والتي تؤدي إلى استثارته، كما يركز أيضاً على تلك الأحداث التالية للسلوك والتي تؤدي إلى تدعيمه وإلى زيادة احتمال حدوثه فيما بعد.

وتتضح هذه النظرة العلية فى مختلف أشكال الفحص السلوكي. فمثلاً خلال المقابلة يتفحص الأخصائى النفسى السلوكي بعناية الدور العلى أو السببى المحتمل للأحداث البيئية التى تقع قبل صدور السلوك عن الفرد، وأثناء حدوثه، وعقب حدوثه مباشرة. كما أن أساليب الفحص باستخدام أسلوب المراقبة الذاتية self-monitoring تحاول أن تتفحص السياق البيئى-الاجتماعى للسلوك المستهدف من خلال مايسجله المفحوص عن تلك الأحداث. كما تستخدم الملاحظة المباشرة للسلوك من أجل التعرف على تلك الأحداث السابقة على السلوك أو التالية له.

وعند فحص التغيرات البيئية-الاجتماعية يقوم الأخصائى النفسى بعملية تحديد الاحتمالات الشرطية للمشكلات السلوكية، بحيث يتم الوصول إلى تحديد الأحداث البيئية-الاجتماعية التى ترتبط إحصائياً بحدوث المشكلات السلوكية. ولكي يعتبر أى حدث بمثابة متغير سببى أو على، يجب أن يكون حدوث السلوك فى حال وجود هذا المتغير أكثر احتمالاً من حدوثه فى حال غيابه.

٢- النظرة السياقية^(١) للسلوك:

وتأخذ النظرة السلوكية فى الحسبان تلك المتغيرات الوسيطة^(٢) التى تؤثر بدورها أيضاً على حدوث السلوك بجانب العوامل البيئية-الاجتماعية. فالاستجابة للمؤثرات البيئية تختلف باختلاف الأفراد والمواقف والأوقات. فمثلاً احتمال أن يحدث انتكاس لسكير سبق علاجه، كنتيجة لتعرضه للإختلاط بمجموعة من السكيرين فى المواقف الاجتماعية، يعتمد على عدد من العوامل الوسيطة، مثل توقعاته السيكلوجية أو توفر المساندة والدعم الاجتماعى لتجنب الخمر، أو اعتقاداته الدينية. ونتيجة لذلك فإن المحللين السلوكيين يولون اهتماماً كبيراً لفحص المتغيرات الوسيطة والتى يمكن أن تعدل من تأثير المتغيرات البيئية.

وتتضح النظرة السياقية جيداً فى نموذج كانفر وزلزو Kanfer & Saslow والمسمى باسم SORKC. وهو يشتمل على العناصر التالية:

- (S) Stimuli: وهى المنبهات التى تسبق حدوث السلوك.

1 - Contextualism.

2 - Intervening variables.

- (O) Organism: وهى الخصائص البيولوجية أو الوراثية وتاريخ التعلم لدى الفرد.
- (R) Response: وهى الاستجابات أو السلوك موضوع الاهتمام.
- (K) Contingencis: وهى الشروط المؤثرة (جداول نسب التدعيم الثابتة أو المتغيرة مثلاً).
- (C) Consequences: وهى الآثار المرتبطة بالسلوك موضوع الاهتمام.

٣- التفاعل بين الشخص والبيئة:

تتبنى النظريات السلوكية نموذجاً تفاعلياً للعلاقة بين الفرد والبيئة، يرى أن العلاقة بين الفرد والبيئة عبارة عن طريق مزدوج الاتجاه، تتميز بتبادل التأثير والتأثر. فالفرد ليس مجرد مستقبل، أو متلقى سلبي للمنبهات البيئية، أو مجرد متغير تابع dependent variable. بل إن سلوك الفرد يؤثر على البيئة نفسها، والتي تؤثر بدورها على الكيفية التي يفكر بها أو يشعر أو يسلك بها ذلك الفرد. ومعنى ذلك أن الفرد يؤثر على البيئة كما يتأثر بها. فمثلاً، قد يصاب الفرد بالإكتئاب النفسى نتيجة لغياب التدعيم إثر مايقوم به من أعمال أو جهود. لكن غياب هذا التدعيم ذاته قد يتفاقم نتيجة لسلوك الشخص المكتئب نفسه.. وفى حالة القلق النفسى قد تنثير المنبهات البيئية القلق لدى الفرد. إلا أن تفكيره السلبي، أو حديثه الداخلى مع نفسه حول الأعراض الجسمية المبدئية (مثل سرعة ضربات القلب)، وتوقعاته المبالغ فيها للخطر المحقق أو الكوراث المنذرة تؤدي بدورها إلى تفاقم تلك الأعراض، وتؤدي زيادة النشاط الفسيولوجى بدورها إلى زيادة التفكير السلبي وتوقع حدوث الكوارث. ويستمر حدوث ذلك فى شكل حلقة مفرغة بما يؤدي إلى الرعب الشديد إذا لم يتم إيقاف تلك الحلقة المفرغة فى الوقت المناسب.

والميكانيزمات التى يحدث من خلالها هذا التفاعل كثيرة ومعقدة. فمثلاً، يمكن للشخص أن يؤثر على معدل التدعيم الصادر عن البيئة من خلال تغييره لما يصدر عنه رداً على السلوك الاجتماعى للآخرين. وفى وسعه أيضاً أن يقدم المنبهات التى تستثير الدعم من الآخرين أو التى تعمل كحواجز لسلوك الآخرين. ومن خلال ذلك يمكن للشخص أن يؤثر على درجة التعرض للضغوط البيئية أو تغيير السياقات التى تعمل من خلالها.

٤- الاقتران الزمنى مع محددات السلوك:

تتميز النظريات السلوكية بالتأكيد على أهمية المحددات أو المؤثرات التى تحدث

في وقت مقارب زمانياً لوقت حدوث السلوك موضع الاهتمام. ويفترض أن قدراً كبيراً من التباين في السلوك يمكن تفسيره من خلال الإشارة إلى التفاعلات المعاصرة للسلوك، بدلاً عن التفاعلات السابقة عليه تاريخياً والتي حدثت في الماضي البعيد. ويمكن أن نقارن ذلك مثلاً بالنظريات الدينامية والتي ترى أن جذور السلوك أو أسبابه تعود إلى مرحلة الطفولة، أو ربما قبلها خلال مراحل الحمل والميلاد، أو خلال التطور التاريخي للإنسان في العصور القديمة (كما يرى بعض علماء النفس، مثل كارل يونج). وهذا التركيز على المتغيرات العلية أو السببية الحاضرة، يرجع إلى اعتبارات علمية وعملية. فالمتغيرات العلية الحاضرة أكثر قابلية للفحص والتعديل، كما أنها أيضاً ذات أهمية أكبر كمحددات للمشكلات السلوكية. ولذا فإن التفاعلات الحاضرة بين السلوك والبيئة والتي تعمل على إبقاء المشكلات السلوكية تظل محور الاهتمام عند إجراء الفحص السلوكي. وهذا لا يمنع من الاعتراف بأهمية الخبرات المبكرة وتأثيرها على السلوك، مثل تأثير التفاعلات الضارة أو الخاطئة بين الطفل والوالدين، أو تأثير الصدمات النفسية، أو أمراض الطفولة في نشأة وظهور المشكلات السلوكية فيما بعد. غير أن محور الاهتمام في وجهة النظر السلوكية يتركز على الخبرات والتفاعلات الحاضرة.

وهذا التركيز على التفاعلات الحاضرة يؤثر بدوره على أساليب الفحص السلوكي ونتائجه. فأساليب الملاحظة الذاتية، والملاحظة بالمشاركة، والفحص السيكوفسيولوجي، هي كلها أساليب للفحص تقصر نفسها على السلوك الحاضر وعلى المحددات المفترضة للسلوك والمعاصرة له.

والحقيقة أن العلاقة الزمنية بين الأحداث العلية أو المسببة وبين المشاكل السلوكية علاقة معقدة، وكثيراً ما عبر علماء النفس عن تحفظاتهم على التأكيد الكامل على الاقتران الزمني. فمثلاً، نجد أن فترة الكمون بين المتغيرات العلية، وآثارها السلوكية قد تتباين تبايناً كبيراً، وقد تتأثر القوة الظاهرة للعلاقات العلية بكيفية أخذ عيناتها أو تمثيلها زمانياً. وقد تختلف الآثار المترتبة على متغيرات عليّة معينة عبر مراحل النمو المختلفة، وقد تكون هناك فترات حاسمة بالنسبة لتأثير المتغيرات العلية، كما أنه يمكن أن تختلف المتغيرات العلية في مدى استمرار آثارها لفترات طويلة.

وتوحي هذه الملاحظات بأن قصر التركيز على الظواهر المتزامنة وعلى علاقاتها معاً قد يحد من صدق النظريات السلوكية ومدى تطبيقها. فمثلاً، نجد أن معظم أساليب الملاحظة المباشرة تستخدم في وقتنا الحاضر لاكتشاف المحددات التي تحدث في مدى دقائق محدودة من السلوك المستهدف. ولكن من الواضح أن بعض

العوامل القوية التأثير قد تحدث فيما وراء هذا المدى الزمني. وقد يفيد الالتفات إلى العوامل التاريخية والتي حدثت في الماضي، وإلى العلاقات المعقدة بينها وبين السلوك، في عديد من النواحي مثل تحسين الصدق للتنبؤ بالنظرية السلوكية. كما يفيد ذلك في تسهيل إنشاء برامج الوقاية، وتقليل الانتكاس لدى المرضى النفسيين. ويعتمد ذلك أيضاً على اكتشاف المثيرات المباشرة أو القوادر triggers المحتملة للسلوك.

٥- المحددات الموقفية للسلوك

ويرتبط بافتراضات العلاقة التبادلية بين الفرد والبيئة، افتراض أن قدراً كبيراً من التباين السلوكي يمكن تفسيره بالرجوع إلى العوامل الموقفية السابقة على السلوك. والمفترض أن المنبهات البيئية السابقة على السلوك تعمل كمنبهات تستثير السلوك (وهي المنبهات الشرطية أو غير الشرطية في الارتباط الشرطي الكلاسيكي) أو أنها تعمل كمنبهات تمييزية discriminative (أي منبهات ترتبط بالاحتمالات الفارقة بالنسبة لأشكال سلوكية معينة في الارتباط الشرطي الفعال operant). فمثلاً قد تحدث اضطرابات النوم في بعض أماكن النوم دون بعضها الآخر، أو قد يحدث الصداع للطفل في المدرسة ولا يحدث في المنزل، وهذا يوحي بأن الاحتمال الشرطي لحدوث السلوك قد يتباين كثيراً عبر المواقف المختلفة.

ورغم أهمية المحددات الموقفية للسلوك، فمن غير المنطقي افتراض أن الفرد مجرد مستجيب سلبي لمنبهات بيئية عابرة؛ ومن الأفضل افتراض أن تباين السلوك يمكن تفسيره من خلال الإشارة إلى كل من المواقف والأشخاص، وأن نماذج السلوك يمكن أن يتم تعميمها عبر المواقف بالنسبة لبعض الأشخاص وأشكال السلوك والمواقف.

وللتباين عبر المواقف ودوره في تحديد الاحتمالات الشرطية للسلوك نتائج هامة بالنسبة لمناهج الفحص، واكتشاف العوامل المسببة وفي رسم الخطط العلاجية وتقييمها. فمثلاً نجد أن الاختلاف في معدل صدور السلوك العدوانى عن الطفل في حضور الأم عما هو الحال في حضور الأب، يوحي بوجود عوامل مؤثرة أو شرطية مختلفة للسلوك. ويجب تفحص هذه النماذج السلوكية المختلفة بعناية، كما أن نتائج الفحص يمكن أن تشير إلى الأهداف الممكنة للتدخل العلاجي. كما أن هذه الفروق الموقفية قد توحى أيضاً بالحذر من افتراض إمكانية تعميم نتائج العلاج عبر المواقف. ولذلك يحاول المحللون السلوكيون أن يتفحصوا بعناية درجة التباين عبر المواقف، ومحدداتها، وأثرها على السلوك قبل وبعد التدخل العلاجي.

٦- العلية المتعددة أو تعدد أسباب السلوك:

كثيراً ما نرى في علم النفس الاكينيكي افتراضات مبسطة تنسب زمالات السلوك إلى أسباب أحادية (مثلاً : افتراض أن سبب الاكتئاب هو خلل في وظائف التوصيل العصبي، وأنه نتيجة للإضطراب المعرفي). وعلى العكس من ذلك يؤكد المحللون السلوكيون في غالب الأحيان على مفهوم التعدد العلى أو تعدد أسباب السلوك. أى أن كل سلوك أو كل مشكلة سلوكية تتأثر عادة بالعديد من المتغيرات العلية التى تتفاعل مع بعضها البعض.

وأحد اللوازم المتصلة بافتراض الحتمية المتعددة هو أن هناك فروق فردية جوهرية فى محددات السلوك، وفى المتغيرات الداخلية التى تؤثر على آثار العلاج، وفى أشكال الاستجابة للعلاجات النوعية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه يفترض وجود فروق فردية فى العلية بين زمالات الأعراض، وداخل تلك الزمالات نفسها. فمثلاً يفترض أن محددات الإكتئاب تختلف عن محددات اضطرابات السلوك الأخرى، كما أن هناك فروقاً فردية بين الأفراد المرضى بالإكتئاب بالنسبة للمحددات أو الأسباب التى أدت إلى إكتئابهم.

وهذا التأكيد على العلية المتعددة والفروق الفردية، يشجع على الفحص السلوكي الواسع المدى والمتعدد الجوانب multimodal أيضاً. ومن أمثلة ذلك استخدام طرق متعددة للفحص، وأن يشمل الفحص جوانب متعددة، كالجوانب المعرفية، والانفعالية، والسلوك الظاهري مثلاً. فإذا أخذنا كمثال إحدى مشكلات السلوك الإجتماعي، مثل الإنعزال الإجتماعي لأحد الأطفال، فقد يكون هذا السلوك نتيجة لعدد من الترابطات المختلفة التى تتفاعل مع بعضها البعض، مثل قصور أو عدم توفر القدوة الوالدية فى مجال السلوك الإجتماعي، أو عدم توفر قدر كاف من التعرض لخبرات التعلم الإجتماعي، أو حدوث تدعيم للسلوك الإنعزالي أو غير الملائم فى الماضى، أو التأثير المعوق للقلق على سلوك الطفل، أو على توقعاته، أو تعرض التفاعل الإجتماعي للطفل للعقاب. ونحتاج هنا إلى الفحص السلوكي بصورة خاصة لكى نحدد أى هذه العوامل هو الأهم بالنسبة لهذا الطفل بالذات.

ومن أهم النتائج المترتبة على افتراض العلية المتعددة أنه يقلل من أهمية التشخيص (إن لم يبلغ تلك الأهمية) بالنسبة لأنواع العلاج النفسى التى تركز على تغيير المحددات السلوكية. فبرامج العلاج النفسى لا يمكن أن تتبنى كلية على أساس الفئات التشخيصية مثل "الاكتئاب"، أو "تعاطي المخدرات"، أو "إفراط الحركة" hyperactivity. فهذه الفئات التشخيصية فئات عامة ولا تمكننا من معرفة العوامل النوعية المحددة المؤثرة بالفعل على المشكلة السلوكية بالنسبة لشخص بعينه. ونتيجة

لذلك فإن التقييم الشامل للمشكلة السلوكية، والدور العلى للمحددات المختلفة باستخدام مناهج الفحص السلوكي يعتبر أمراً بالغ الأهمية في تحديد أهداف العلاج واختيار أساليبه.

على أن افتراض التعدد والتنوع في العلية فيما بين الاضطرابات السلوكية، وداخل كل منها بين فرد وآخر، لا يترتب عليه عدم إمكانية تطوير بروتوكولات علاجية للأفراد الذين يعانون من نفس الاضطراب النفسى. بل إن الأمثلة كثيرة وشائعة على الاستخدام الناجح لمثل هذه العلاجات. ومع ذلك فإن افتراض التعدد والنوعية يعنى أنه يمكن زيادة احتمال نجاح العلاج عندما يتم تفصيل هذه العلاجات بحيث تتناسب المحددات النوعية الخاصة التي يمكن التعرف عليها من خلال الفحص السلوكي قبل العلاج.

٧- النظرة الامبيريقية:

يتبنى التقدير السلوكي والعلاج السلوكي أحد المبادئ الأساسية للنظرية للسلوكية، وهو مبدأ الاعتماد على النظرة الامبيريقية. وتعنى النظرة الامبيريقية التأكيد على أهمية الخبرة الحسية في جمع المعلومات بدلاً عن التفكير النظرى البحث. وينعكس هذا الفرض في التأكيد القوي على القياس الكمي غير المتحيز للسلوك الملاحظ، والذي تم تحديده تحديداً دقيقاً.

وقد أرجع علم النفس الاكلينيكي التقليدي اضطرابات السلوك إلى متغيرات افتراضية، عقلية، وسيطة أو متدخلة (مثل الصراعات النفسية والحوافز الداخلية)، يصعب تعريفها إجرائياً وقياسها بدقة. ونتيجة لذلك لم تكن تلك النماذج والإجراءات العلاجية المبنية عليها قابلة للبحث الامبيريقى أو للرفض العلمى. ولاشك أن تلك القابلية للبحث الامبيريقى أو للرفض العلمى عملية ضرورية لنمو المفاهيم العلمى ولتطوير الأساليب العلاجية فى أى نسق أو نظرية علمية.

وتحاول النظريات السلوكية كرد فعل على هذا القصور الإستمولوجى (المعرفى) epistemological التقليل من الخصائص الاستدلالية للمفاهيم وذلك بالتركيز على أشكال السلوك القريبية والمحددة تحديداً جيداً، والقابلة -أيضاً- للقياس فى البيئة الطبيعية. وقد أثر ذلك بقوة على مناهج التقدير السلوكى. فمثلاً نجد أن التركيز على الملاحظة المباشرة للأحداث الظاهرة يرجع جزئياً إلى تفضيل قياس السلوك المستهدف قياساً قابلاً للتحقق من صحته، مع أقل قدر من الاستدلال. كما نلاحظ أن المقابلات السلوكية تركز غالباً على ما يعمل به الأشخاص فى بيئتهم الطبيعية، وعلى التحديد

الدقيق لما يذكره المريض من ظواهر مثل القلق أو الشعور بالذنب أو التصرفات غير المسئولة مثلاً. كذلك فإن المحللين السلوكيين أقل احتمالاً لأن يرجعوا محددات السلوك إلى متغيرات داخلية غير قابلة للملاحظة، وذلك رغم اعترافهم بأهمية المشاعر الذاتية، والأحداث الفسيولوجية، والاتجاهات النفسية والتوقعات وغيرها من المتغيرات المعرفية الوسيطة أو التابعة^(٣).

٨- تباين جوانب الاستجابة^(٤):

ويطلق على هذه الظاهرة أحياناً اسم التخالف^(٥)، أو التضارب^(٦). وهي تشير إلى أن المشكلات السلوكية، مثل "العدوان" أو "اضطراب الأداء الجنسي" أو "قصور الانتباه" تتكون من عناصر متعددة، كثيراً ما تتصف بانخفاض التآلف أو الترابط معاً زيادة ونقصاً. فمثلاً تتضمن استجابات القلق أو الخوف خبرات معرفية نوعية، ومظاهر سلوكية تجنبية، ومشاعر ذاتية بعدم الإرتياح، ومستويات مرتفعة من الإستتارة التي يتوسط فيها الجهاز العصبي. ولكن من المهم ملاحظة أن هذه العناصر قد لا تتصف بدرجة كبيرة من الترابط عبر الأفراد أو داخل الفرد نفسه. بل نجد أن بينها قدر صغير من الاتساق الداخلي. بل قد يظهر تباين جوانب الاستجابة بين المقاييس المختلفة لنفس المظهر السلوكي. ومثال ذلك الارتباطات المحدودة بين التوصيل الكهربى للجلد واستجابات جهد الجلد. ومن الأمثلة التي توضح ذلك أننا نلاحظ أن هناك فروقاً فردية في الاستجابات الانفعالية. فبعض الناس يؤدي انفعالهم إلى زيادة نبضات القلب، بينما يحمر وجه شخص آخر، ويتصبب ثالث عرقاً. فإذا قسنا هذه الوظائف المختلفة لدى شخص واحد فإننا نلاحظ ذلك التباين في استجاباته. بمعنى أنه لا يكون مرتفعاً في كل شيء أو منخفضاً في كل شيء، وإنما هناك تباين في استجاباته.

وتبعاً لهذا الفرض فإن قياس مظهر واحد من مظاهر السلوك قد لا يمثل تمثيلاً صادقاً كل مكونات الاضطراب السلوكي المركب. وفي معظم الحالات قد نحتاج إلى التركيز على قياس جوانب متعددة من الاستجابة لكي نفحص اضطراباً سلوكياً بعينه أو لكي نراقب آثار التدخل العلاجي.

3 - Dependent variable.

4 - Response fractionation.

5 - Desynchronization.

6 - Discordance

الاختبار الامبيريقى للمفاهيم النظرية :

لعل من أهم المحكات المستخدمة لتقييم قدرة أى نظرية أو نسق من المفاهيم السيكولوجية على البقاء هو مدى ملاحظته النظرية من التطور النظرى والفنى، ومعدل الزيادة فى مقدار التغير السلوكى الذى يمكنها تفسيره (الصدق التنبؤى)، ومعدل الزيادة فى كفاءة التدخل العلاجى المبني على النظرية، وقابلية النظرية للتطبيق.

وأهم خصائص النظرية السلوكية هى ذلك التأكيد على مبدأ الخبرة (الامبيريقية)^(٧) كمنهاج أساسى للتطور والنمو فى المفاهيم النظرية والتطبيقات الفنية. فالفروض التى تدور حول خصائص الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجاتها يتم تميمتها وتحديدها واختبارها وتحسينها امبيريقياً. وبذلك فإن النسق السلوكى النظرى يؤكد على مبدأ الخبرة باعتباره المنهج الأولى للنمو النظرى والتكنولوجيا. ومن ثم فإن النظرية السلوكية تؤكد على مناهج البحث بدلاً عن الالتزام بنظرية ثابتة ومحددة عن الأسباب والعلاج. وهذا الالتزام بالمنهج ضرورى فى أى نظرية سلوكية تؤكد على التقييم أو التصحيح الذاتى، ومن ثم القدرة على البقاء عبر الزمن.

ويؤثر هذا الالتزام بالمنهج الامبيريقى على مفاهيم الفحص السلوكى وإجراءاته. فبالإضافة إلى التقليل من استخدام المفاهيم النظرية الاستدلالية، هناك تأكيد قوى على التكميم^(٨). ورغم أن المعلومات الكيفية (أو الوصفية) عن المريض وعن السلوك هامة، إلا أن المحللين السلوكيين يحاولون أيضاً الحصول على المعلومات عن السرعة، والديمومة، والشدة والتكرار، والكمون^(٩)، والدورية^(١٠)، والاحتمال الشرطى للسلوك. وتفيد تلك المعلومات الكمية فى قياس السلوك المستهدف، وتصميم برامج التدخل العلاجى، واختبار النماذج العلية، وتقييم كفاءة أو فعالية العلاج. وتتضح أهمية التكميم ليس فقط فى الجهود المتعلقة بالحصول على المعلومات من خلال الملاحظة المباشرة، والملاحظة الذاتية، والملاحظة بالمشاركة، والفحص النفسى النفسولوجى، ولكنها تتضح أيضاً فى المقابلات الاكلينيكية، حيث يحاول المحللون السلوكيين الحصول على قياسات كمية للمشكلات السلوكية وما يتصل بها من سلوك، وكذلك الحصول على قياسات كمية للعوامل البيئية التى يحتمل تعلقها بتلك المشكلات.

كما ينعكس الاتجاه الامبيريقى أيضاً فى استمرار ومتابعة الفحص السلوكى لأثار التدخل العلاجى، وفى استخدام أساليب دراسة الحالة الفردية وسلاسل المتابعة

7 - Empiricism.

8 - Quantification.

9 - Latency.

10- Cyclicity

الزمنية^(١١). فهدف التقدير السلوكي ليس ببساطة قياس أشكال السلوك المستهدف، وتفسير تطوير خطط التدخل العلاجي، ولكنه يقدم أيضاً آلية (ميكانيزم) للتقييم المتابع لأثر العلاج، ولتقديم المعلومات اللازمة لتغيير استراتيجيات التدخل العلاجي، وتيسير الوصول إلى الاستنتاجات المتعلقة بالعوامل المسؤولة عن التغيرات التي تمت ملاحظتها، فمثلاً إذا كنا بصدد فحص عائلة لديها طفل عدواني، فقد يشتمل الفحص على تقارير يومية يعدها الوالدان عن سلوك الطفل طوال فترة العلاج، بجانب الملاحظات الأسبوعية لتفاعلات الطفل والوالدين بالمنزل أو بالعيادة النفسية. وهذه المعلومات تساعد المحلل السلوكي بالضرورة على متابعة أثر التدخل العلاجي، وعلى القيام بالتغييرات اللازمة في البرنامج العلاجي إذا تطلب الأمر ذلك.

وظائف التقدير السلوكي :

تختلف أنظمة الفحص من ناحية الوظائف أو الأغراض التي تستخدم من أجلها. وللفحص السلوكي أغراض متعددة، منها مثلاً التعرف على المتغيرات العلية أي المتعلقة بأسباب السلوك. وتتشابه وظائف الفحص السلوكي مع وظائف القياس النفسي التقليدي أحياناً، وتختلف معها أحياناً أخرى. ومن أوجه الاختلاف أن الفحص السلوكي يهدف إلى التعرف على المشكلات السلوكية النوعية أو المحددة تحديداً إجرائياً. كذلك فإن الفحص السلوكي يؤدي عادة إلى توصيات باستخدام استراتيجيات محددة للتدخل، كالتوصية باستخدام برنامج للتدعيم السلوكي يحدد أنواع المدعمات وكذلك مظاهر السلوك التي تستحق التدعيم. وسوف نعرض فيما يلي لأهم وظائف الفحص السلوكي.

وأول هذه الوظائف تحديد الأهداف العلاجية. ويعتبر تحديد الأهداف السلوكية للعلاج من أهم عناصر الخطة العلاجية. ويلاحظ أن المرضى النفسيين عندما يطلبون الخدمات النفسية يشكون غالباً من مشكلات عامة وغير محددة تحديداً واضحاً، كالشعور بالضيق أو وجود خلافات عائلية مثلاً. وتحتاج هذه المشكلات العامة إلى جهد كبير لتحديد أهدافاً سيكولوجياً دقيقاً، ومن ثم تحديد الأهداف المنشودة من العلاج. وقد تتغير المشكلة بالنسبة للمريض مع استمرار تقدم العلاج. فقد تكون المشكلة في بداية العلاج هي الاكتئاب النفسي ولكننا قد نكتشف فيما بعد أن هذا الاكتئاب قد نشأ عن صدمة نفسية مر بها المريض، أو أنه يرتبط ببعض المشكلات العائلية. كما نلاحظ أيضاً أن المرضى يعانون عادة من مشكلات متعددة وليس من مشكلة واحدة. فمثلاً قد يشكو المريض من مشكلة سوء العلاقات الزوجية، ولكننا نجد

بجانب ذلك أن هناك مشكلات أخرى إضافية مثل اضطرابات النوم أو استعمال المخدرات أو قصور المهارات الاجتماعية.

وإذا سلمنا بوجود مشكلات سلوكية متعددة، واستحالة علاجها جميعاً في نفس الوقت، فيمكن أن نلجأ إلى اختيار السلوك الذي يتوقع أن يؤدي تعديله إلى أكبر قدر من التحسن في أكبر عدد من المشكلات. كما تؤثر بعض الاعتبارات الأخرى على اختيارنا للسلوك المستهدف في العلاج. ومن أمثلة ذلك بروز المشكلة أو درجة حدتها، وتكرار حدوثها، ومدى خطورتها على الفرد أو الآخرين، وأيضاً قابلية المشكلة للعلاج أو توفر الأساليب الملائمة لعلاجها.

وإحدى الوظائف الأخرى للفحص السلوكي التعرف على فئات الاستجابة المتشابهة وظيفياً، أي من حيث الوظيفة النفسية التي تخدمها أشكال السلوك المختلفة داخل الفئة السلوكية. فهذه الأشكال السلوكية قد تختلف في شكلها ولكنها تقع تحت تحكم متغيرات سابقة أو تالية متشابهة. مثال ذلك قد يكون كل من "اللعب التعاوني للطفل" و"الاستعراض أمام الآخرين" من نفس الفئة الوظيفية لأن كلا منهما يؤديان إلى زيادة انتباه الآخرين. وترجع أهمية الفئات الوظيفية للاستجابات إلى إمكانية إحلال سلوك أكثر تكيفية محل سلوك آخر من داخل نفس الفئة، لكنه أقل تكيفية خلال العلاج النفسي. فمثلاً يمكن استخدام تدريبات الاسترخاء الجسمي كبديل عن استخدام المخدرات إذا كان كلاهما يستخدم لتخفيض مستويات الاستثارة الفسيولوجية.

وإحدى الوظائف الأخرى الهامة للفحص السلوكي التعرف على مظاهر السلوك البديلة عن السلوك المرضى أو المشكل وتصميم برامج التدخل العلاجي المناسبة. وفي كثير من الأحيان يولى المحللون السلوكيون قدراً أكبر من الاهتمام لمحاولة التعرف على الأهداف الإيجابية للعلاج بدلاً من التركيز على المشكلات. وهذه الأهداف الإيجابية هي عبارة عن المهارات السلوكية التي يمكن أن تكون بديلاً عن المشكلات أو التي تؤدي ممارستها إلى حل تلك المشكلات. مثال ذلك تعلم مهارات السلوك الاجتماعي التي يحتاجها الشخص الذي يعاني من القلق الاجتماعي لكي يمكنه القيام بالتفاعلات الاجتماعية الجيدة والمريحة والتي يحصل من خلالها أيضاً على التدعيم الاجتماعي. ولهذا التركيز على الأهداف الإيجابية في الفحص السلوكي العديد من المزايا:

- ١- أنها تشجع على استعمال أساليب وإجراءات إيجابية بدلاً من استخدام الأساليب العقابية.
- ٢- أنها أكثر قبولاً لدى الفرد والأسرة والمدرسين وغيرهم.

- ٣- أنها توجه اهتمام وجهد المريض وكذلك المعالج نحو بناء السلوك الإيجابي الذي يؤدي بدوره إلى اختفاء السلوك المشكل أو السلبي المتصل به.
- ٤- أنها تثير قدرأ أقل من عدم الارتياح عما يثيره التركيز على نواحي القصور أو المشكلات السلوكية.

ومع ذلك ففي بعض الأحيان، قد تكون أشكال السلوك السلبية خطيرة أو سائدة بشكل لايسمح بصرف الإنتباه عنها أو إغفالها، أو قد تكون عقبة أمام العلاج يلزم إزالتها منذ البداية، بحيث أنه لايمكن تجنب استهدافها في العلاج. ومن أمثلة ذلك العنف الجسدي، أو الإيذاء اللفظي أو الجسدي للزوجة أو الزوج.

ولعل أكثر أهداف الفحص السلوكي تعقيداً وأكثرها دلالة وأهمية أيضاً ذلك الربط المتكامل للمعلومات المتجمعة معاً في تحليل وظيفي شامل وصادق للمريض، بما يقدم تصوراً متكاملأ للسلوك المستهدف، وللمحددات والمتغيرات الوسيطة، وكذلك شكل العلاقات القائمة بينها ومدى قوة تلك العلاقات. فمثلاً قد يشمل التحليل الوظيفي لأسرة ذات طفل عدواني على معلومات كمية وكيفية عن أنماط السلوك العدواني الصادر عن الطفل عبر المواقف المختلفة (كالمدرسة في مقابل البيت، أو في حضور الأب في مقابل الأم)، وكذلك سلاسل الأحداث السلوكية والبيئية التي تسبق السلوك العدواني، وما يرافقه من اقترانات، والشروط الفارقة المرتبطة بالسلوك العدواني، والشروط المرتبطة بحدوث السلوك الاجتماعي البديل، وأيضاً الوظائف التجنبية أو التهريبية للسلوك العدواني، وأشكال السلوك الأخرى التي تتغير زيادة ونقصاً مع السلوك العدواني. وقد يشمل الفحص السلوكي الأكثر شمولاً معلومات إضافية عن الخصائص العلية أو السببية المتعلقة بالوالدين وبالظروف الاقتصادية وبالعوامل المعرفية السابقة أو اللاحقة للسلوك، ومستوى الأداء العقلي، ووجود أو عدم وجود إعاقات في التعلم أوغير ذلك من أوجه القصور الأكاديمي، والدور المحتمل للعلاقات بين الزوجين، ونماذج القدوة المحتملة للسلوك العدواني، وتأثير سلوك الزملاء.

بعض أطر التقدير السلوكي

قام عدد من علماء النفس بإعداد أطر أو مخططات لجمع المعلومات السلوكية بطريقة منظمة. ومن هؤلاء العلماء كل من كاوتيللا Cautela و كانفر Kanfer ولازاروس Lazarus. وسوف نعرض بإيجاز لهذه الأطر التي تتميز بأنها تساعد على توجيه اهتمام الأخصائي النفسي إلى المظاهر المختلفة للسلوك والتي يحتاج إلى أن يوليها اهتمامه في التقدير السلوكي.

مراحل العلاج عند كاوتيل:

اشتمل الإطار السلوكي الذي قدمه كاوتيل على ثلاث مراحل على النحو التالي:

١- مرحلة تحديد السلوك اللاكفي:

وفي هذه المرحلة يقوم الأخصائي النفسي بجمع المعلومات التي تساعد على تحديد المشكلة وذلك من خلال المقابلة ومن خلال الاستخبارات المفصلة.

٢- مرحلة التخطيط والتنفيذ العلاجي:

وتشمل اختيار استراتيجيات التدخل العلاجي وتنفيذها على أرض الواقع. فمثلاً إذا كان المريض يعاني من المخاوف المرضية فقد يختار المعالج النفسي استخدام أسلوب التلمين المنظم systematic desensitization. أما إذا كان المريض يعاني من شكل من أشكال السلوك المنحرف أو غير المرغوب فيه فقد يستخدم المعالج أحد أساليب العلاج بالتنفير aversion therapy؛ ومن أمثلة ذلك استخدام الروائح المنفرة في علاج بعض الانحرافات الجنسية.

٣- مرحلة المتابعة والتقييم:

ويشتمل ذلك على متابعة حالة المريض وتقييم التغيرات التي تطرأ على السلوك كنتيجة للعلاج. وتتم هذه المتابعة بصورة منتظمة للتأكد من أن حالة المريض تتحسن مع العلاج. أما إذا لم يظهر التحسن في خلال فترة معينة فقد يلجأ المعالج إلى إعادة النظر وربما لجأ إلى تغيير خطة العلاج.

إطار الفحص عند كانفر وزازلو:

يذكر كانفر (F. H. Kanfer & B.K. Schefft, 1988) أن أسلوب المعالج النفسي في التشخيص يشبه هراً متدرجاً. فهو يبدأ بعملية مسح عريض أو واسع النطاق لمدى واسع من الأحداث والأنشطة، ثم يأخذ في تحديد أو تضيق نطاق اهتمامه بحيث يتجه تدريجياً نحو قطاعات أصغر فأصغر في حياة المريض. وعندئذ يعطى الأخصائي أقصى الاهتمام لتلك العمليات النفسية والعوامل السياقية التي يتضح تعلقها بالمشكلة الحالية، وبالعلاجات المحتملة. ومع ذلك فإن المسح العريض والمتسع المدى في البداية ضروري لكي يتيح المجال للمعالج لأن يكون منظوراً يخلو من التشويه المحتمل، والناتج عن الإدراك الانتقائي للمريض، ولتقاريره الذاتية عن الموقف.

وقد قام كانفر وزازلو (المرجع السابق) بإعداد إطار للفحص السلوكي هو بمثابة دليل للتحليل الوظيفي للسلوك. ويساعد هذا الإطار على توجيه اهتمام المعالج نحو

المجالات التي يحتمل أن تكون ذات علاقة وثيقة بالمشكلة الحالية للمريض. ويحتوى هذا الإطار على سبعة عناصر على النحو التالي:

- ١- **التقييم المبني:** وهو عبارة عن تحليل المشكلات الحالية للمريض وكذلك تقييم مصادر المساعدة ومهارات المريض، وغير ذلك من نواحي القوة التي يمكن استخدامها في العلاج.
- ٢- **توضيح المشكلة:** وهو عبارة عن توضيح الموقف المشكل من ناحية المتغيرات التي تحافظ على استمرار الوضع الحالي أو المشكلة الحالية، وكذلك ما يحتمل أن يترتب على التدخل العلاجي من نتائج بالنسبة للموقف الحالي.
- ٣- **التحليل الدافعي:** وهو يشتمل على مسح أو دراسة للحوافز والأهداف والقيم والشواغل الحاضرة والتي تمثل عوامل إيجابية أو سلبية بالنسبة لبرنامج التغيير.
- ٤- **تحليل النشأة والنمو:** وينظر إلى التغيرات البيولوجية والاجتماعية والسلوكية في تاريخ حياة الشخص، والتي تتعلق بالمشكلة الحالية وبصياغة الخطة العلاجية.
- ٥- **تحليل الضبط الذاتي:** ويتم هنا تحليل قدرة المريض على التنظيم الذاتي والضبط الذاتي، أي القدرة على توجيه الأفكار والأفعال بطريقة منظمة وكذلك تحليل الأشخاص الآخرين والمواقف التي تؤثر سلباً أو إيجاباً على أنشطة الضبط الذاتي للمريض.
- ٦- **تحليل العلاقات الاجتماعية:** ويشتمل ذلك على فحص الرصيد الاجتماعي في البيئة من ناحية تأثيرها على السلوك المشكل الحالي، وكذلك من ناحية كونها رصيماً يمكن استخدامه في العلاج.
- ٧- **تحليل البيئة الطبيعية-الثقافية-الاجتماعية:** ويشمل ذلك تحليل البيانات الطبيعية والاجتماعية وما يتعلق بها من معايير، وذلك لتقييم مدى الاتفاق بين البيئة الحالية للمريض، ومخزونه السلوكي، والأهداف العلاجية التي يمكنه تحقيقها.

إطار الفحص السلوكي عند لازاروس :

قدم لازاروس إطاراً للفحص السلوكي يتمشى مع نظريته في العلاج السلوكي والمسماة بالعلاج السلوكي المتعدد الجوانب multimodal behavior therapy. ويتكون هذا الإطار من سبع جوانب. وقد أطلق لازاروس على هذا الإطار اسماً اشتقه من الحروف الأولى لأسماء هذه الجوانب السبع وهو BASIC ID.

السلوك: Behavior

الوجدان: Affect

الإحساس: Sensation

المخيلة: Imagery

المعرفة: Cognition

العلاقات بالآخرين: Interpersonal relations

العقاقير والجانب البيولوجي: Drugs/Biology

وسوف نعرض هنا مثلاً توضيحياً لاستخدام هذا الإطار في الفحص النفسي، وهو حالة المريضة "ب" التي عرضتها بالتفصيل شارون جرينبرج (S. Greenberg, 1985). وقد كانت هذه المريضة تعاني من القلق والاكتئاب النفسي، إلى جانب بعض اللزمات أو الخلجات العصبية. وتذكر جرينبرج أن الخطوة الأولى تبدأ بتحويل شكوى المريضة إلى عبارات إجرائية، وذلك باستكشاف المظاهر المحددة لشكوى المريضة في الجوانب المختلفة من إطار الفحص المتعدد الجوانب. وقد تم جمع المعلومات باستخدام استخبار تاريخ الحياة، إلى جانب المقابلة المنظمة. ويساعد استخدام هذا الإطار على التحليل العميق والمنظم لمختلف جوانب المشكلة. ويلخص الجدول التالي نتائج هذه الفحص المنظم لتلك المريضة.

المجال	المشكلة
السلوك	تجنب تغيير العمل تجنب اتخاذ القرارات
الوجدان	مكتئب ويائس حول إمكانية تغيير السلوك التجنبي، قلق حول احتمال مواجهة الرفض وعدم الموافقة الخوف من الوحدة بالليل الانعزال والبعد عن الآخرين التسطح الانفعالي (أى عدم امتلاك المشاعر أو التعبير عنها) الإحساس بإيذاء المشاعر والغضب نحو الوالدين الصراع بين الرغبة في التغيير والخوف من التغيير عدم الثقة في الانفعالات كمصدر صادق للمعلومات
الإحساس	تشوه الإحساس بالعمق والمصحوب أحياناً بالشعور بالغثيان
المخيلة	تصور نفسها تستيقظ فتري رجلاً يقف أمامها ممسكاً بسلاح تصور أرواح أو أشباح تصور الذات بطريقة غير جذابة (أنها بدينة أو ممثلة الجسم)

المجال	المشكلة
المعرفة	اعتقادات غير عقلانية حول أخطاء تؤدي إلى الرفض التام والحاجة إلى موافقة الآخرين، وأن القرارات غير قابلة للتغيير أفكار سلبية عن نفسها على أنها غير محبوبة، مملة، وأنه لا أحد يأخذها بصورة جدية الاعتقاد بأنها لا يمكن الوثوق بها
العلاقات مع الآخرين	الافتقار إلى الجراءة مع الآخرين تعانى من الكف في المواقف الاجتماعية التأرجح في العلاقة بينها وبين صديقها حسد الآخرين
العقائير أو الناحية البيولوجية	لا توجد مشكلة

جدول رقم (٧-٢) مثال لاستخدام إطار لازاروس للفحص السلوكي

وبناءً على هذا الفحص المنظم يتم اختيار أنسب الأساليب العلاجية لكل مشكلة من مشكلات المريضة.

مناهج الفحص السلوكي :

استخدم الأخصائيون النفسيون السلوكيون العديد من مناهج أو أساليب الفحص التي تتماشى مع النظرة السلوكية ومع متطلباته من الالتزام بالمنهج العلمي. وسوف نتحدث هنا بإيجاز عن هذه المناهج مع إعطاء بعض الأمثلة كلما كان ذلك ممكناً.

أولاً: أسلوب الملاحظة :

يعتبر أسلوب الملاحظة أحد المناهج الأساسية في العلوم الطبيعية بوجه عام، وفي علم النفس السلوكي بوجه خاص. وقد استخدم علماء النفس أسلوب الملاحظة لفحص السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها السلوك مثل الفصول الدراسية أو عابري المستشفيات. وفي تلك الحالة يحاول الأخصائي النفسي بقدر الإمكان ملاحظة السلوك دون لفت انتباه الشخص موضوع الملاحظة. ذلك أن إحساس الشخص بأنه موضع الملاحظة قد يؤثر على سلوكه بشكل أو آخر. وللحق فإن هذه المشكلة لا تقتصر على علم النفس، بل نجد لها شبيهاً في مشكلات القياس في العلوم الطبيعية، حيث يطلق

عليها مشكلة تلوث القياس، أو التفاعل reactivity بين أداة القياس والمادة التي يتم قياس خواصها. إلا أن المشكلة تصبح أكبر تأثيراً في علم النفس. ولذلك يحاول الأخصائي النفسي أن يجعل وجوده غير محسوس إلى أقصى حد ممكن من جانب الشخص موضوع الملاحظة. على أن هذه المشكلة تقل حداثتها إلى حد كبير عندما نركز على مقارنة السلوك الملاحظ قبل العلاج وبعده. ففي هذه الحالة يتعادل تأثير وجود القائم بالملاحظة بين الحالتين إلى حد كبير.

على أن هناك حدود لاستخدام أسلوب الملاحظة الطبيعية. فهناك حدود أخلاقية لملاحظة بعض أشكال السلوك مثل الانحرافات السلوكية. كما أنه في بعض الحالات يكون استخدام أسلوب الملاحظة باهظ التكاليف أو مضيعاً للكثير من الوقت. ويستخدم الأخصائي النفسي في بعض الحالات أسلوب الملاحظة في المختبر أو المعمل، في ظل ظروف مضبوطة ومصطنعة وقابلة للإعادة. ومن أمثلة ذلك فحص السلوك الجنسي المنحرف بأسلوب الملاحظة المعملية. فمثلاً خلال العلاج السلوكي لشخص مصاب بالإنحراف الجنسي يتم تسجيل التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في عضو الذكورة، وذلك كرد فعل لمشاهدة الشخص لمجموعة من الصور المتصلة وغير المتصلة بالإنحراف (أو سماعه لتسجيلات صوتية متصلة وغير متصلة) ويتم مقارنة استجابات الشخص للمثيرات الطبيعية باستجاباته للمثيرات المنحرفة، وبذلك يمكن معرفة ما إذا كان الشخص يعاني من الإنحراف ومدى حدة هذه المشكلة. وبعد إتمام العلاج يتم المقارنة بين الاستجابات قبل العلاج وبعده وذلك لقياس مدى التغير السلوكي الناتج عن العلاج.

طرق الملاحظة:

هناك أربع طرق رئيسية لملاحظة السلوك وهي: ملاحظة نواتج السلوك، وملاحظة تكرار السلوك، وملاحظة استمرار السلوك، وملاحظة الفترات. وسوف نتحدث بإيجاز عن كل منها فيما يلي.

١- ملاحظة نواتج السلوك:

يعرف مان (Mann 1976) نواتج السلوك بأنها أية آثار، أو نواتج، أو تغيرات في البيئة كنتيجة لسلوك محدد، مما يمكن ملاحظته أو قياسه. وقد تكون هذه النواتج دائمة أو مؤقتة. ومع ذلك فعند ملاحظة هذه الآثار أو النواتج يمكننا أن نستدل بقدر كبير من الثقة أن سلوكاً معيناً حدث أو لم يحدث (من خلال: Bellack & Hersen, 1980, P. 157). ومن أمثلة نواتج السلوك إبتلال الفراش في حالة طفل يعاني من

التبول الليلي. ونستطيع هنا أن نحدد درجة تكرار السلوك أو الظروف التي تقترن بحدوثه، الخ. ومنها أيضاً قياس مستوى تركيز الكحول في الدم لدى أحد السكيرين، أو نسبة تركيز المخدرات في البول أو الدم، أو التغيرات في وزن فتاة تعاني من اضطرابات تناول الطعام أو من البدانة، أو مقام بعمله التلميذ في كراسة الواجبات المدرسية.

ولهذا الأسلوب في الفحص السلوكي مزاياه العديدة. فهو لا يأخذ الكثير من وقت الأخصائي حيث يتم ملاحظة الحلقة الأخيرة في السلسلة السلوكية فقط، كما أنه منخفض التكاليف. كما يتصف أيضاً بالارتفاع الكبير في الثبات أو درجة الاتفاق بين الملاحظين. ويلاحظ أنه في بعض الحالات تستخدم الأجهزة أو الموزين أو الأساليب العملية في قياس نواتج السلوك مما يقلل بدرجة كبيرة من عنصر الذاتية في الملاحظة. كما أنه يسهل التعبير عن الملاحظات بالأرقام، مثل عدد مرات تبلل الفراش أسبوعياً، أو مقدار الزيادة أو النقص في الوزن، أو مستوى الكحول في الدم. كما أن من السهل استخدام هذه الطريقة في الملاحظة وأيضاً تدريب أفراد العائلة أو المساعدين على جمع بياناتها.

على أن هناك بعض المشكلات التي يمكن أن تتعرض لها ملاحظة نواتج السلوك. ولعل أهم هذه المشكلات مشكلة الصدق. فمن الممكن أن يكون انخفاض الوزن في حالة الفتاة التي تعاني من الإفراط في الطعام راجعاً إلى عدة عوامل، مثل الحد من الإفراط في تناول الطعام، أو التقليل من تناول السوائل، أو اللجوء إلى التقيؤ المتعمد بعد تناول الطعام أو إلى تناول بعض أنواع الأدوية.

٢- ملاحظة تكرار حدوث الاستجابة:

يتطلب ذلك مجرد القيام بحصر عدد مرات حدوث السلوك خلال فترة زمنية محددة. ويمكن بناءً على ذلك حساب معدل تكرار الاستجابة response rate وذلك باستخدام المعادلة التالية:

$$\frac{ك}{ز} = م$$

(حيث م = معدل الاستجابة، ك = تكرار الاستجابة، ز = الزمن)

ويلتزم حساب تكرار الاستجابة بصورة خاصة تلك الاستجابات المحددة التي لها بداية واضحة ونهاية واضحة، وتستغرق عادة وقتاً ثابتاً نسبياً في كل مرة يحدث فيها السلوك. أما تلك الاستجابات التي تتصف بطابع الاستمرار مثل الجلوس في المقعد أو

الابتسام أو الحديث مع الآخرين فيصعب قياسها بأسلوب حساب التكرار. وذلك لأن مرات حدوثها ليست متساوية فيما تستغرقه من الزمن. فقد تستغرق وقتاً طويلاً أحياناً وقد تستغرق وقتاً قصيراً أحياناً أخرى.

ويمكن أن يقوم بملاحظة تكرار السلوك الأخصائي النفسي أو أحد المساعدين الفنيين الذين يعملون مع الطفل مثلاً. ويبين الشكل (٧-٣) نموذج لصفحة تسجيل بيانات التكرار التي تستعمل أحياناً مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقات النمو (محمد فراج، سلوى الملا، ١٩٧٦). ويلاحظ أن المشكلات السلوكية قابلة للتغيير تبعاً لنوع المشكلات التي يعاني منها المريض.

صفحة تسجيل التكرارات	
نوع البرنامج: _____	التاريخ: ____ / ____ / ____
اسم المريض: _____	رقم الجلسة: _____
اسم المدرب: _____	طول الجلسة: _____
نوع السلوك: _____	
تعليمات: ضع علامة أمام اسم السلوك كلما صدر هذا السلوك عن المريض	
نوع الاستجابة	التكرار
الضرب العض الدفع بالأيدى التبول اللاإرادی	
ملاحظات: _____ _____ _____ _____	

شكل رقم (٧-٣) مثال لصفحة التكرارات

٣- للملاحظة خلال فترات زمنية محدودة interval recording:

وتعتمد هذه الطريقة على ملاحظة السلوك لفترات زمنية قصيرة خلال الوقت الإجمالي المخصص لملاحظة السلوك. فمثلاً قد يقرر الأخصائي النفسي ملاحظة السلوك لمدة زمنية إجمالية، ولتكن ٣٠ دقيقة، مرة كل يوم. ويتم تقسيم هذه المدة الإجمالية إلى سلسلة من الفترات الزمنية القصيرة (مثلاً ١٠ أو ١٥ ثانية). ويتم ملاحظة السلوك خلال هذه الفترات الزمنية القصيرة. ويسجل الملاحظ ما إذا كان السلوك قد شوهد أم لا خلال كل فترة من هذه الفترات. ولا يهم هنا ما إذا كان السلوك قد حدث خلال الفترة الزمنية أكثر من مرة أو ما إذا كان قد حدث بصورة مستمرة، فالمهم هو فقط ما إذا كان السلوك قد حدث أم لم يحدث. وقد يستخدم الأخصائي هنا بعض الوسائل المساعدة، مثل جهاز تسجيل بسماعات للأذنين، ويعطى هذا الجهاز إشارة صوتية لكي يقوم الأخصائي عندئذ بملاحظة السلوك. ويتم من خلال هذه الملاحظات حساب مدى أو درجة حدوث السلوك. كما يمكن مقارنة ذلك على مراحل مختلفة خلال العملية العلاجية.

٤- ملاحظة الإستمرار duration :

وتعتمد هذه الطريقة على قياس طول مدة استمرار حدوث السلوك موضوع الاهتمام. وتفيد هذه الطريقة في ملاحظة السلوك الذي يتصف بطابع الاستمرار لمدة طويلة، ولكنها لا تناسب أشكال السلوك التي تستغرق في حدوثها فترات قصيرة جداً. وتفيد هذه الطريقة بشكل خاص في البرامج التي تحاول العمل على زيادة أو إنقاص المدة التي يحدث فيها السلوك، ومن أمثلة ذلك استخدام هذا الأسلوب في قياس كم من الوقت يستطيع شخص يعاني من الخوف من الأماكن المغلقة البقاء وحده وباختياره في غرفة صغيرة مغلقة، أو كم من الوقت يستطيع طفل يعاني من الإفراط الحركي hyperactivity البقاء في مقعده.

ويمثل الشكل (٧-٤) نموذجاً لصفحة الاستمرار (عن: م. فراج، س. الملاً، ١٩٧٦، مع التعديل).

صفحة بيانات الاستمرار	
نوع البرنامج: _____ التاريخ: _____	
اسم المريض: _____ طول مدة الجلسة: _____	
نوع الاستجابة: _____	
دليل الدرجات: الوقت الذي يستغرقه الطفل في الجلوس دون قفز من المقعد	
الاستجابة	الاستمرار
الجلوس بدون مقاطعة	
ملاحظات:	

شكل رقم (٧ - ٤) نموذج لصفحة الاستمرار

ثانياً: مقاييس التقارير الذاتية self-report measures :

تختلف مقاييس التقارير الذاتية المستخدمة في التقدير السلوكي عن الاستخبارات التي يشيع استخدامها في قياس الشخصية. ولقد تأخر علماء النفس السلوكيون بعض الشيء في استخدامهم للتقارير الذاتية، وذلك نظراً لما ساورهم من الشكوك حول موضوعية التقارير الذاتية وحول ثباتها وصدقها، وكذلك لما ارتبط بها من مفاهيم تتعلق بقياس السمات الشخصية الكامنة فيما وراء السلوك.

وتتميز الاستخبارات بانخفاض التكاليف، وسهولة الاستخدام، والتطبيق والتصحيح. كما أن لها الكثير من الاستخدامات، فهي تساعد في التشخيص والتصنيف، كما يمكن استخدامها في الوصف الكمي للسلوك، وكذلك فهي تستخدم في أغراض تقييم نتائج العلاج النفسي، وذلك عن طريق مقارنة استجابات المريض عليها قبل بدء العلاج، وعقب انتهائه، أو عند مراحل معينة من العملية العلاجية، مثلاً كل ثلاثة شهور. وذلك لمعرفة مدى تقدم حالة المريض ومدى فعالية العلاج المستخدم.

وهناك في الوقت الحاضر العديد من المقاييس التي تعتمد على التقارير الذاتية للمفحوصين. ولعل أشهرها وأكثرها شيوعاً هو استمارة المخاوف Fear Survey Schedule. ونعرض فيما يلي لاستمارة المخاوف التي قام بتصميمها جريير Greer.

م	إطلاقاً	قليلاً جداً	قليلاً	بعض الشيء	كثيراً	كثيراً جداً	رعب شديد
١							الأشياء الحادة
٢							ركوب سيارة
٣							أجساد الموتى
٤							الاختناق
٥							الرسوب في الامتحان
٦							أن تبدو كالأبله
٧							ركوب طائرة
٨							الديدان
٩							الجدل مع والديك
١٠							الفئران
١١							الحياة بعد الموت
١٢							الحقن تحت الجلد
١٣							التعرض للنقد
١٤							مقابلة شخص لأول مرة
١٥							قباقيب الترحلق
١٦							أن تكون وحيداً
١٧							عمل أخطاء
١٨							أن لا يفهمك الآخرون
١٩							الموت
٢٠							أن تدخل في معركة
٢١							الأماكن المزدحمة
٢٢							الدم
٢٣							الأماكن المرتفعة
٢٤							أن تكون قائداً
٢٥							السباحة بمفردك

م	إطلاقاً	قليلاً جداً	قليلاً	بعض الشيء	كثيراً	كثيراً جداً	رعب شديد
٢٦							المرض
٢٧							أن تكون مع أشخاص سكرانين
٢٨							الإصابات
٢٩							أن تكون حساساً بنفسك
٣٠							قيادة السيارة
٣١							مقابلة ذوي السلطة
٣٢							المرض العقلي
٣٣							الأماكن المغلقة
٣٤							ركوب مركب
٣٥							الخفافيش
٣٦							العواصف الرعدية
٣٧							الفشل
٣٨							الله
٣٩							الثعابين
٤٠							المقابر
٤١							الكلام أمام جمع من الناس
٤٢							مشاهدة عراك
٤٣							موت شخص محبوب
٤٤							الأماكن المظلمة
٤٥							الكلاب الضالة
٤٦							المياه العميقة
٤٧							أن تكون مع شخص من الجنس الآخر
٤٨							الحشرات التي تلدغ
٤٩							الموت المفاجئ أو قبل الأوان
٥٠							فقدان وظيفة
٥١							حوادث السيارات

شكل رقم (٧-٥) يبين استمارة المخاوف

ويلاحظ أن الاستخبارات المستخدمة في التقدير السلوكي تختلف عن الاستخبارات المستخدمة في القياس النفسي التقليدي من ناحية هامة هي أنها لا تستهدف الوصول إلى درجة كلية للاستخبار ككل. وذلك بالطبع لأنها لا تستهدف قياس سمات أو أعراض مرضية. بل إن الهدف منها هو الوصول إلى التحليل المفصل للسلوك من أجل التخطيط للعلاج. ولذلك فإن الاستخبارات التي تشتمل على أسئلة عامة لا تساعد كثيراً في التقدير السلوكي. مثال ذلك السؤال: هل تشعر بالغضب في معظم الأوقات؟ فمثل هذا السؤال لا يعطي قياساً محدداً للمواقف النوعية أو المثيرات الخاصة التي ترتبط بدرجات معينة من انفعال الغضب.

ثالثاً: المقاييس السيكوفسيولوجية :

تستخدم المقاييس السيكوفسيولوجية لقياس الاستجابات الفسيولوجية للشخص، مثل سرعة النبض، وضغط الدم، ومقاومة الجلد للتوصيل الكهربائي (الجلفانومتر)، وسرعة التنفس، والتوتر العضلي. وتستخدم هذه الأساليب بوجه خاص في العلاج بواسطة ما يسمى بالمرئود الحيوي biofeedback، حيث تبين أن من الممكن تدريب الفرد على التحكم في هذه الاستجابات.

وتتميز الاستجابات الفسيولوجية بأنها أقل عرضة للتشويه من جانب المفحوص. ويعني ذلك أنها تتصف بقدر أكبر من الثبات والصدق، بالمقارنة بالاستخبارات اللفظية مثلاً. غير أن المقاييس الفسيولوجية أكثر تكلفة بالمقارنة بالأساليب الأخرى، كما أنها تحتاج إلى قدر أكبر من التدريب وإلى الصيانة الجيدة.

وتستخدم الأساليب السيكوفسيولوجية بصورة خاصة في مراكز دراسة النوم، والتي تحاول الوصول إلى تشخيص اضطرابات النوم، أو تشخيص حالات العنة (ضعف الانتصاب عند الذكور). كما تستخدم هذه الأساليب بصورة خاصة أيضاً في تشخيص وعلاج بعض الأمراض السيكوسوماتية.

ويحتاج المفحوصون الذين تطبق عليهم هذه الأساليب إلى التعود على هذه الأساليب عند استخدامها. فالأسلاك والتوصيلات الكهربائية تشكل موقفاً غريباً وغير مألوف يحتاج إلى بعض الوقت للتعود عليه حتى يمكن الوصول إلى قياس الاستجابات الطبيعية للفرد، وليس مجرد قياس ردود أفعالهم لتلك الأجهزة.

وينبغي الالتفات إلى أن هناك فروقاً فردية في نوع الاستجابات الفسيولوجية لدى الأفراد المختلفين. فبعض الناس يستجيبون للمواقف المثيرة للخوف بزيادة النبض، بينما يستجيب البعض الآخر لنفس المثيرات بارتفاع الضغط، أو إفراز العرق. ولهذا يجب علينا أن ننتبه إلى هذه الفروق الفردية في أنماط الاستجابة الفسيولوجية، وأن

نأخذها في الاعتبار عند القياس. كما أنه من المستحسن قياس عدة جوانب للاستجابة الفسيولوجية وعدم الاقتصار على نوع واحد منها.

التقدير السلوكي والاعتبارات السيكمترية :

نقصد هنا بالاعتبارات السيكمترية تلك المتطلبات المنهجية التي يشترط توفرها في الاختبار النفسي الجيد، مثل الثبات، والصدق، والمعايير. فهل هذه المتطلبات لازمة بالنسبة لأنوات وأساليب التقدير السلوكي كما هو الحال بالنسبة للاختبارات النفسية التقليدية؟ والجواب ليس بالبساطة التي قد يبدو بها لأول وهلة. بل إن بعض المختصين يرى أن تلك الاعتبارات لاتلائم التقدير السلوكي. ويرجع ذلك كما يقول كل من روزماري نلسون وهاليز إلى اختلاف مستوى التحليل. فالبحت السيكمترى "ينبنى ... على أساس تحليل المعلومات الجمعية، أما التقدير السلوكي فيقوم على التحليل المكثف للفرد" (R. Nelson & S. Hayes, 1986).

وقد اتجه بعض أنصار التقدير السلوكي إلى الأخذ بنظرية كرونباك Cronbach في القابلية للتعميم. وتبعاً لهذه النظرية فإن الأشكال المختلفة للثبات والصدق ما هي إلا عبارة عن طرق مختلفة يمكن بناءً عليها تعميم نتائج القياس. فالثبات يعنى إمكانية التعميم من إحدى صور المقياس إلى صورة أخرى مكافئة، أو من مجموعة من البنود إلى مجموعة أخرى، أو من أحد المصححين إلى مصحح آخر. كما يمكن تعميم نتائج الملاحظات السلوكية عبر المواقف المختلفة. إلا أن هذه النظرية تعرضت للنقد من جانب البعض الآخر من أنصار التقدير السلوكي (أنظر على سبيل المثال كون J. D. Cone, 1985).

ويقدم كون وجهة نظر بديلة حيث يبدأ من نقطة أساسية هي تعريف السلوك الذي قدمه جونستون وبنيباكر Johnston & Pennypacker والذي يعرف السلوك بأنه " ذلك القدر من تفاعل الكائن مع البيئة، والذي يتميز بالحركة التي يمكن ملاحظتها في المكان خلال الزمن، لجزء من الكائن الحي، وينجم عنه تغير يمكن قياسه في مجال واحد على الأقل من البيئة" (ibid, P. 53). وبناء على هذا التعريف يمكن النظر إلى السلوك على أن له الكثير من خصائص المادة في حالة الحركة، كما يمكن تطبيق نفس مبادئ قياس المادة على قياس السلوك. وبذلك يمكننا قياس أبعاد السلوك المختلفة مثل: التكرار، والكمون، والديمومة، والشدة أو القوة، باستخدام نفس وحدات القياس المطلقة والثابتة والتي استخدمت في قياس أشكال السلوك الأخرى.

وما نقيسه في هذه الحالة هو مظاهر السلوك التي يمكن التحقق منها بطريقة مستقلة. فنحاول أن نعرف:

- ١- ما إذا كان السلوك قد حدث.
 - ٢- وما إذا كان يحدث بصورة متكررة.
 - ٣- وما إذا كان يحدث في أكثر من موقف.
 - ٤- وما إذا كان يحدث بأكثر من طريقة واحدة. وكذلك أيضاً.
 - ٥- ما إذا كان حدوث سلوك معين يرتبط بحدوث أشكال أخرى من السلوك.
- ويرى كون أن أهم خاصية لأدوات القياس السلوكي هي الدقة accuracy مثلها في ذلك مثل أدوات القياس الأخرى في العلوم الطبيعية. والدقة ليست مطابقة للثبات. فالدقة تصف مدى الثقة في تمثيل المقياس للملامح الطبوغرافية للسلوك موضع الاهتمام، أما الثبات فيعني الاتساق بين الملاحظات المتكررة لنفس الظاهرة. والمقياس الدقيق ثابت بالضرورة، ولكن العكس ليس صحيحاً دائماً. فالمقياس قد يكون ثابتاً دون أن يكون دقيقاً. فالملاحظات المتكررة للسلوك قد تؤدي إلى معلومات غير دقيقة بصورة متسقة. كذلك لا توجد علاقة واضحة بين الدقة والصدق. فالمقياس الدقيق قد يكون أو لا يكون صادقاً، كما أنه قد يكون صادقاً وليس دقيقاً.
- وينتقد سيلفا (Silva, 1993) هذا الاتجاه الداعي إلى رفض المتطلبات السيكمترية، والذي يأخذ به بعض أنصار التقدير السلوكي، ويرى على العكس من ذلك أن التقدير السلوكي هو جزء من كل وهذا الكل هو القياس النفسي. ويرى سيلفا أيضاً أن مفهوم الصدق العلاجي treatment validity أو ما يطلق عليه الجدوى العلاجية treatment utility ذو أهمية كبيرة في المجال الإكلينيكي. وهو يعني بالجدوى العلاجية درجة إسهام التقدير أو الفحص في تحسين نتائج العلاج. وهذا المفهوم يندرج بدوره تحت المفهوم السيكمترى للجدوى. وبوجه عام يرى سيلفا أنه لاتعارض بين التقدير السلوكي والقياس النفسي.
- ويوجز سيلفا وجهة نظره التي أفرد لها كتاباً بعنوان "الأسس السيكمترية والتقدير السلوكي" (المرجع السابق)، في النقاط التالية:
- ١- كل من وجهة النظر العامة والفردية ضروريان في كل من التقدير السلوكي والقياس النفسي.
 - ٢- يحتاج التقدير السلوكي مثله مثل القياس النفسي التقليدي إلى "الإشارة إلى المحكات" و"الإشارة إلى المعايير".
 - ٣- ومع تحرر مفهوم الثبات من الافتراضات المتعلقة بالاتساق والاستقرار السلوكي والتي ارتبطت بالمفهوم التقليدي للثبات، فإن هذا المفهوم لا يصبح فقط قابلاً للتطبيق على التقدير السلوكي بل يصبح أيضاً ضرورياً لنموه وتطوره.

- ٤- لا يمكن للتقدير السلوكي أن يتخلص من صدق التعلق بالمحك، خاصة فيما يتصل بالتنبؤ بنتائج العلاج.
 - ٥- لا يمكن للتقدير السلوكي أن يغفل المفاهيم السيكلولوجية ويطالب بمحاولة الأخذ بصدق المضمون لأنه يردنا مرة أخرى إلى المفاهيم السيكلولوجية. ومشكلات صدق المضمون هي في الحقيقة مشكلات في صدق المفهوم.
 - ٦- إن صدق المفهوم موجود في صلب التقدير السلوكي، لأنه يعبر عما يسمى بالتحليل الوظيفي للسلوك. وهي عبارة عن عملية بناء للمفاهيم، ولل فروض واختبار الفروض المفسرة لأشكال السلوك المحددة.
 - ٧- وبقدر اعتبار أن صدق المفهوم هو نفسه مفهوم الصدق السيكومتری، أو بعبارة أدق عملية التحقق من صدق عميات الفحص والتقدير، فإن مفهوم الصدق يوحد المنظورات الارتباطية والتجريبية في الفحص النفسي. فكل أشكال الفحص والقياس تتكون في جوهرها من عملية تطوير واختبار المفاهيم حول سلوك الفرد. وتشكل المنظورات التجريبية والارتباطية وجهات مختلفة لكنها تكمل إحداها الأخرى بالنسبة لهذه المهمة.
 - ٨- في كل دراسات الصدق العلاجي (الذي تكلم عنه أنصار التقدير السلوكي)، أو الجدوى العلاجية، نجد أن المفهوم السيكومتری للجدوى موجود أيضاً في التقدير السلوكي، مما يحدد مسارات جديدة للبحث في المستقبل.
- وينتهي سيلفا إلى معارضة ما يسميه بالحركة الانفصالية للتقدير السلوكي لما يمكن أن تجلبه من الضرر على كل من القياس النفسي والتقدير السلوكي ذاته.



الفصل الثامن

رسم الخطة العلاجية

الفصل الثامن

رسم الخطة العلاجية

يعتبر رسم الخطة العلاجية ومتابعتها أحد الأركان الأساسية في العلاج النفسي المعاصر. وقد بلغ الاهتمام بالتخطيط العلاجي حداً جعل رابطة الطب النفسي الأمريكية A.P.A. تفرد له كتاباً بعنوان "أسس تخطيط العلاج النفسي" (J. A. Kennedy, 1992). ذلك أن الخطة العلاجية تقدم صورة واضحة عن المشكلات التي يحاول المعالج النفسي (والمريض) التغلب عليها، كما تصف بالتفصيل أهداف العلاج والأساليب العلاجية المستخدمة. ويحتاج المعالج إلى الرجوع إلى الخطة العلاجية باستمرار، إلى أن تتحقق الأهداف العلاجية المنشودة. فبعد استكمال الفحص النفسي وجمع المعلومات اللازمة للوصول إلى فهم سليم لمشكلات المريض يقوم الأخصائي النفسي بوضع الخطة العلاجية التي يتم اتباعها لتمكين المريض من التغلب على المشكلات وتحقيق الأهداف المطلوبة. وتشتمل الخطة العلاجية على تلخيص للمشكلات التي يعاني منها المريض، وعلى الأهداف المنشودة من العلاج، والخطوات (أو الأهداف المرحلية) التي تؤدي إلى تحقيق تلك الأهداف. كما تشتمل الخطة العلاجية على شرح الإجراءات أو الأساليب التي سيتم اتباعها في علاج المشكلة، وعلى تحديد من الذي سيقوم بالعلاج، أو بالتعامل مع كل مشكلة، كما تحدد الخطة الإطار الزمني الذي يتوقع استكمال علاج كل مشكلة خلاله. ويتم إشراك المريض في اختيار أهداف العلاج وإعداد الخطة العلاجية، ومناقشة الخطة معه. كما يقوم المريض بالتوقيع عليها، وبعد ذلك يتم مناقشة الخطة العلاجية أثناء اجتماع الفريق العلاجي ويوقع عليها المعالج النفسي، والطبيب النفسي.

وتمكننا الخطة العلاجية من المتابعة المنظمة للعلاج؛ وتمكننا أيضاً من التسجيل المنظم للجلسات العلاجية، كما تمكننا من تقييم العلاج حسب جدول منظم للمتابعة يسمح بالتقدير المنظم لتقدم العلاج، ويمكننا من تغيير الخطة العلاجية إذا لزم الأمر.

وعند القيام بوضع الخطة العلاجية نبدأ ببلورة المشكلات التي يعاني منها المريض. وهنا قد يتعجل البعض ويضع التشخيص على اعتبار أنه المشكلة. ولكن علينا هنا أن ندع التشخيص السيكياتري جانباً، ونركز بدلاً عن ذلك على مستوى الأداء السلوكي للفرد، أي أننا نركز على المظاهر السلوكية بدلاً عن التشخيص.

KENNEDY, (1992). ففي العلاج النفسي يعمل المعالج على مساعدة المريض على تحقيق تغييرات سلوكية محددة. ويجدر بالذكر هنا أننا كثيراً ما نكون أمام مريضين يحملان نفس التشخيص، ولكنهما يختلفان اختلافاً كبيراً في المظاهر السلوكية للمشكلة. فمثلاً قد يكون لدينا مريضان يحمل كل منهما تشخيص الفصام، لكن أحدهما يعاني من الهلوس السمعية بالإضافة إلى الافتقار إلى المهارات السلوكية؛ بينما يعاني الآخر من الهذات أو الضلالات الفكرية بجانب السلوك العدوانى. ولذلك فإن التشخيص فى حد ذاته لا يكفي لرسم الخطة العلاجية، بل علينا أن نصل إلى بلورة محددة لمشكلات المريض.

التركيز على علاج المشكلات :

يساعد هذا الأسلوب الذى طوره كل من هايز-روث، ولونجيو، ورايباك، خلال السبعينات Hayes-Ruth, Longabaugh, and Ryback على تنظيم المعلومات، وتنظيم تفكير الأخصائى، كما أن هذا الأسلوب يجبر الأخصائى على أن يدرس بعناية وأن يسجل كل الخطوات اللازمة لتقديم الرعاية الجيدة للمريض (من خلال: J. P. Choca, 1988). ويقتضى هذا الأسلوب إنجاز الخطوات الآتية الواحدة منها بعد الأخرى:

- أ - إعداد قائمة بالمشكلات.
- ب- تحديد أهداف العلاج.
- ج- إعداد الخطة العلاجية.
- د- تحديد مسار العلاج وإطاره الزمنى.
- هـ- التفاوض مع المريض حول الخطة العلاجية بحيث يتم الوصول إلى اتفاق أو تعاقد علاجى، يوافق كل المشاركين فيه على خطة العمل.

تحديد المشكلات :

قدم علماء النفس عدداً من التصنيفات للمشكلات الشائعة. ونقدم فيما يلى عرضاً لأكثر المشكلات شيوعاً بين المرضى النفسيين مع تصنيفها حسب الوظائف الرئيسية (المرجع السابق) :

١- المشكلات المتعلقة بالوظائف الجسمية:

السرعة النفسية-الحركية، الإفراط فى الكلام، وتناقص الحاجة للنوم
البطء النفسى-الحركى، وفقدان الطاقة الجسمية

فقدان الشهية
الإفراط في الأكل
الأرق
الإفراط في النوم
متاعب المعدة والجهاز الهضمي، قرحة الجهاز الهضمي، الصداع، الربو، نوبات
الدوار، أو غيرها من المتاعب الجسمية
المرض أو الإعاقات الجسمية
التسمم الكحولي أو بالمخدرات

٢ - المشكلات المتعلقة بالوظائف العقلية:

الضعف العقلي
ضعف الذاكرة
الضعف اللغوي
عدم القدرة على التركيز
قصر مدى الانتباه
الخلط confusion، التفكير أو عدم التماسك incoherence، عدم معرفة الاتجاه
(أو التوهان عن المكان أو الزمان. الخ).
فقدان القدرة على إدراك الانفعالات أو التعبير عنها
عدم القدرة على اتخاذ القرارات
انفراط التسلسل الفكري tangentiality، والإطناب المفرط circumstantiality،
وتطير الأفكار flight of ideas، وعدم التعلق بالموضوع.
الاستغراق في التفكير، والوساوس

٣ - المشكلات المتعلقة بالوظائف الإنفعالية:

الاستجابات الانفعالية غير الملائمة
تقلب الحالة المزاجية، سرعة الغضب irritability، وسرعة الانفعال
الحزن، الشعور بالإثم، الشعور بالتفاهة، والشعور باليأس
المشاعر الانتحارية
الزهو elation، الثقة المفرطة، والشعور بالقدرة على كل شيء
فقدان الثقة بالنفس، والشعور بالنقص
غرابية الأطوار، والسماجة awkwardness

بهذلة الثياب، وقذارة الجسم
الاندفاع
السلوك غير المسئول
الحاجة المفرطة للانتباه
عدم اللباقة
المخاوف، الفوبيا، القلق، التوتر، التهيج، المضجر restlessness
فقدان الشعور بالإنية depersonalization، مشاعر اللاواقعية unreality التوهم
التصلب، البرود، الانعزال
تقلص المشاعر
الإنكار، عدم القدرة على قبول أحد مظاهر الواقع
الهذات
الهلاوس

٤ - المشكلات المتعلقة بالوظائف الاجتماعية:

عدم وجود أصدقاء، الوحدة، الانعزال
الخدل، عدم الارتياح في التعامل مع الآخرين، الخوف من الرفض أو عدم
القبول
الاعتماد الزائد، الخضوع الزائد
كثرة الجدل، والمقاطعة في الكلام
العدوانية
الشعور بالرغبة في تهديد حياة الآخرين
السلوك المعادي للمجتمع، والميل لاستغلال الآخرين
عدم وجود علاقة بشخص آخر ذو أهمية للشخص
التعاطف، والتعجرف
عدم الثقة، التشكك، والمشاعر الاضطهادية
الميل للتحكم في الآخرين والتسلط عليهم

٥ - المشكلات الأسرية:

السخط أو الغضب على سلوك أفراد الأسرة الآخرين
كثرة الجدل مع أفراد الأسرة
النزاع على السلطة، وجود صراعات في الأسرة

سلوك غير مسئول من جانب أحد أفراد الأسرة
رفض الأسرة لأحد أفرادها، اتخاذ أحد أفراد الأسرة كبش فداء
التدخل من قبل الأقارب
عدم المشاركة في القرارات الأسرية، نظام أسرى قاصر الكفاءة، قصور التربية
الوالدية
عدم استقرار العلاقات الأسرية، ضعف العلاقات الأسرية
صعوبة إعداد الأولاد لمعترك الحياة، عدم قدرة الأولاد على تحقيق الاستقلال
عن الأسرة

٦- المشكلات الجنسية:

الجنسية المثلية
الرغبة في التحول للجنس الآخر، عدم الارتياح للأدوار المناسبة لجنس الشخص
الكف الجنسي الزائد
العجز عن الوصول للإثارة الجنسية
الانحلال
الضعف الجنسي، البرود الجنسي، الاشمئزاز من التفكير الجنسي
الشكوى من الألم أثناء الاتصال الجنسي
عدم القدرة على أن يجد الشخص شريكاً للحياة
مشاعر الرفض من قبل الطرف الآخر
الانجذاب نحو المحارم أو نحو موضوعات شاذة
قصور المعلومات الجنسية، قصور السلوك الجنسي
عدم الكفاءة الجنسية
وجود مشكلات أخلاقية أو قانونية ناجمة عن السلوك الجنسي للفرد

٧- المشكلات المهنية:

عدم وضوح الأهداف المهنية
عدم وجود عمل، قصور التعليم
عدم الرضاء عن المهنة أو المدرسة

ومن ناحية أخرى يقدم كنيدي Kennedy تصنيفاً جيداً للمشكلات التي نتناولها
الخطة العلاجية. ويعتمد هذا التصنيف على المقاييس الفرعية للمحور الخامس AXIS-V
من الدليل التصنيفي والتشخيصي-المراجعة الثالثة DSM-3-R. ويتميز هذا التصنيف

على التصنيف السابق الذكر بأنه يركز على المظاهر السلوكية أكثر مما يركز على الأعراض أو الزمات التشخيصية والمرضية. ويفضل كينيدي هذا التصنيف للأسباب الآتية:

- ١- هذه الفئات ليست مجرد مجالات نظرية، بل هي مجالات معروفة للمتخصصين، كما أن لها قدراً كبيراً من الدلالة الإكلينيكية البديهية. ونظراً لطبيعتها العامة، فمن السهل استخدامها عبر التخصصات المختلفة، ويكفي القليل من التدريب لفهم هذه الفئات.
 - ٢- يمكن السير خطوة خطوة عبر هذه الفئات من التعرف المنظم على مشكلات المريض. وباستكمال هذه الخطوات المنظمة يقل احتمال إغفال بعض المجالات الإكلينيكية الهامة.
 - ٣- يتجمع الكثير من الأعراض والمظاهر السلوكية في زمات syndromes نجدها ضمن هذه الفئات. وبذلك يمكننا أن نوجه العلاج نحو الزمات داخل فئة المشكلات، بدلاً من توجيهها نحو مشكلات فردية عديدة.
 - ٤- يمكن توجيه التدريب نحو الفئات كلاً على حدة أو نحو الفئات كنظام يتسم بالتفاعلات الداخلية.
- وأخيراً يمكن استخدام المقاييس الفرعية للمحور الخامس AXIS-V لقياس كلاً من مستوى الأداء الأساسي أو القاعدي (أى قبل بدء العلاج) baseline functioning، ومستوى نتائج العلاج outcome.
- وينكر كينيدي أنه إذا تعذر وضع إحدى الزمات المرضية داخل إحدى فئات المشكلات فمن الممكن تقسيم الزمات بين عدد من الفئات المناسبة. فمثلاً ينبغي إخراج السلوك الانتحاري من زملة الأعراض الإكتئابية ووضعه ضمن مقياس المحور الخامس المسمى بالخطورة. كذلك يجب استبعاد ضعف الدافعية من مشكلة "الافتقار للمهارات السلوكية" ووضعه ضمن مشكلة الخلل السيكلوجي.

ويصنف كينيدي المشكلات إلى الفئات الآتية:

١- الخلل السيكلوجي psychological impairment

- أ - الأعراض الذهانية.
- ب- الاضطرابات الوجدانية.
- ج- ضعف تركيز الانتباه.
- د- انخفاض الدوافع.

هـ- اضطراب الشخصية.

و- اضطراب تناول الطعام.

٢- المهارات الاجتماعية social skills

أ - قلة المهارات في مجال العلاقات الاجتماعية.

ب- عدم الوعي بالمعايير الاجتماعية.

ج- قصور مهارات التواصل الاجتماعي.

د- سلوك جنسي غير مناسب.

٣- الخطورة dangerousness

أ - سلوك مهدد أو عدواني.

ب- سلوك يهدد حياة الآخرين.

ج- سلوك انتحاري.

د- إشعال الحرائق.

٤- المهارات التعليمية والمهنية

أ - ضعف المهارات المهنية.

ب- ضعف القدرة على العمل.

ج- قصور مهارات العناية بالنظافة الشخصية.

د- قصور مهارات العناية بالنفس (عموماً).

هـ- قصور المهارات المتصلة بالمحافظة على البقاء.

٥- مشكلات الإدمان

أ - تعاطي الخمر.

ب- تعاطي المخدرات.

ج- تعاطي الكوكايين.

د- إدمان التدخين.

٦- المشكلات الطبية

أ - ارتفاع ضغط الدم.

ب- مرض السكر.

ج- اختلال السلوك الحركي tardive dyskinesia.

د- الصرع.

هـ- الحساسية للبنسلين.

و- تنظيم الأسرة.

ز- مشكلات الأسنان.

٧- مشكلات أخرى متنوعة

أ - مشكلات الإسكان.

ب- المشكلات القانونية.

ج- المشكلات المالية.

وصف المشكلات في الخطة العلاجية :

يجب أن يكون وصف المشكلات وصفاً واضحاً محدداً وباستخدام لغة سلوكية تيسر توصيل المعلومات بصورة واضحة. فمثلاً إذا كنا بصدد الحديث عن مشكلة مثل الاكتئاب النفسي، فلا بد وأن نصف المشكلة من ناحية المظاهر الدالة على الاكتئاب عند شخص بعينه. ذلك لأن الاكتئاب قد يأخذ صوراً مختلفة عند الأشخاص المختلفين. فمثلاً قد يكون الاكتئاب في صورة حزن وبكاء وأفكار انتحارية عند أحد الأشخاص بينما يكون في صورة حزن وفقدان للشهية وتقطع النوم وضعف الدافعية عند شخص آخر. ولذلك لا يكفي أن نسمى المشكلة بأنها "اكتئاب نفسي" فقط. فهذا الوصف غير كاف ولا يساعد على تحديد عناصر المشكلة التي يجب أن يركز عليها العلاج. وعلى سبيل المثال يمكن وصف مشكلة مريض الاكتئاب بأنها: "اكتئاب نفسي كما يتضح في الحزن والبكاء وفقدان الدافع للقيام بالمهام المنزلية الأساسية ومشاعر اليأس والقيود".

ومن ناحية أخرى يجب أن تكون قائمة المشكلات شاملة ومركزة في نفس الوقت. بمعنى أنه يتوجب على الأخصائي النفسي أن لا يغفل إحدى المشكلات الصحية أو القانونية أو المهنية أو غيرها ظناً منه أنها غير ذات أهمية، أو على افتراض أن أفراد الفريق العلاجي الآخرين سوف يجدونها بين الأوراق. ومن الأمثلة التي يكرها المؤلف حالة رجل كان يتلقى العلاج بالعيادة الخارجية، واشتمل ذلك على العلاج بالأدوية بجانب العلاج النفسي. وعندما استدعى الأمر، في وقت لاحق، دخول المريض للمستشفى اكتشف الطبيب (الذي تصادف كونه يعمل بالمستشفى أيضاً) أن هذا المريض لديه مشكلة بالقلب وأنه سبق أن أجريت له جراحة القلب المفتوح. وتبين للطبيب عندئذ أن جرعات الأدوية التي كان يعطيها للمريض بالعيادة الخارجية أكثر

مما يجب بالنسبة لحالته المصحية وكان من المحتمل أن تشكل خطورة على حياته. ولو أن الخطة العلاجية قد اشتملت على المشكلات الأساسية للمريض وتم مناقشتها مع الطبيب النفسي لأمكن تفادي تعريض حياة المريض للخطر.

أهداف العلاج :

الخطوة التالية بعد تحديد المشكلات هي صياغة أهداف العلاج. ويمكن تعريف الأهداف بأنها التصرفات أو أشكال السلوك المنشودة من العلاج. وتساعد الأهداف على توجيه دفة الخطة العلاجية، وصياغة وتحديد الخطوات المؤدية إلى الوصول إلى الأهداف. وتصف أهداف العلاج التغيرات السلوكية المنشودة أو النتائج المتوقعة بعد استكمال العلاج، والتي يؤدي الوصول إليها إلى حل المشكلات. ومن البديهي أن الهدف يتحتم أن يكون متسقاً مع المشكلة. كما أننا نقوم بصياغة هدف واحد لكل مشكلة من المشكلات التي تم الوصول إلى تحديدها في الخطة العلاجية. وعلى الأخصائي أن يشارك المريض أو الأسرة في صياغة الأهداف. كما ينبغي أن نركز على جوانب القوة عند المريض والتي تساعد على تحقيق الأهداف. ومن الأمثلة على جوانب القوة مستوى الذكاء أو التعليم أو العلاقات الاجتماعية، الخ. ويجب أن يتركز الجهد على بناء السلوك الإيجابي أو التكيفي الذي يحل عندئذ محل السلوك السلبي أو اللاتكيفي.

ويجب أن يتوفر في الأهداف الشروط التالية:

- ١- أن تكون ممكنة التحقيق واقعياً بالنسبة للمريض وأن لا تكون مجرد أهداف مثالية بعيدة عن الواقع الملموس والمتعلق بالمريض وبحالته المرضية.
- ٢- أن تكون ملائمة أو مناسبة بمعنى أنها تتعلق بإزالة المشكلة أو التخفيف من حدتها.
- ٣- أن تكون متمركزة حول المريض بحيث تصف ما يتوقع من المريض القيام به.
- ٤- أن تكون سهلة الفهم بحيث يعرف المريض أشكال السلوك أو التصرفات المتوقعة منه عند الوصول للأهداف.

ويلاحظ أن الأهداف العلاجية تختلف من فرد لآخر رغم تشابه التشخيص السيكياتري. فالأخصائي النفسي يرسم خطة متفردة individualized وتتمركز حول الشخص نفسه.

وسوف نعرض فيما يلي لبعض الأمثلة لأهداف العلاج مع المشكلات المتعلقة

بها:

المشكلة	الهدف
الأرق وعدم النوم	القدرة على النوم جيداً بالليل
الاكتئاب النفسي كما يستدل عليه من الحزن والبكاء وفقدان الطاقة	زوال الأعراض الاكتئابية وتحسن المزاج
سماع أصوات تأمره بالاعتداء على الآخرين	تحرر المريض من الأصوات وما يتصل بها من سلوك غير ملائم

الخطوات الموصلة للهدف :

بعد صياغة أهداف العلاج يقوم الأخصائي بالاشتراك مع بقية أعضاء الفريق العلاجي بتحديد الخطوات التي تمكن من تحقيق أهداف العلاج. ويلاحظ أن بعض المتخصصين يفضلون الحديث عن الأهداف البعيدة والأهداف القريبة. ولكننا نفضل بدلاً من ذلك التمييز بين أهداف العلاج، والخطوات الموصلة للأهداف. وتسمى بالإنجليزية باسم objectives. وبالطبع فإن الأهداف أبعد مدى. أما الخطوات فهي تركز على ما يتعين على المريض القيام به للوصول إلى الأهداف. وبينما نتطلب من الأهداف أن تتصف بالوضوح والتحديد، فإن الخطوات الموصلة للأهداف يتعين أن تركز على السلوك القابل للملاحظة والقياس. بمعنى أن يكون بوسعنا أن نحكم بوجود أو عدم وجود السلوك، وزيادته أو نقصانه. كذلك يجب أن تتصف الخطوات بأنها محددة ونوعية، وبأنها تحدد السلوك المطلوب من المريض القيام به، أي السلوك الصحيح الموصل للهدف. وبذلك يمكن القول بأن الخطوات تركز على بناء السلوك التكيفي الذي يتوقع له أن يحل محل السلوك غير التكيفي.

العناصر الأساسية في الخطوات العلاجية:

- ١- القائم بالخطوة الموصلة للهدف: يكون دائماً الشخص المريض نفسه أو العائلة.
- ٢- السلوك: ويكون دائماً سلوكاً قابلاً للملاحظة.
- ٣- الظروف: وهي المواقف أو الظروف التي سيقوم الشخص أو الأسرة بالسلوك في ظلها. فهل سيقوم الشخص بالسلوك وحده أم بمساعدة المعالج، أو هل سيعبر الشخص عن مشاعره في جلسة العلاج أم خارج جلسة العلاج.
- ٤- الدرجة: وهي المعايير أو المحكات التي ستستخدم في تقييم إنجاز الخطوة. وقد يكون المعيار كمياً، كأن نعد مثلاً عدد مرات صدور السلوك عن الشخص خلال فترة زمنية معينة، وقد يكون المعيار كيفياً، مثلاً إلى أي حد تتفق مشاعر الشخص مع تعبيراته اللفظية أو أقواله.

أمثلة للخطوات العلاجية:

المشكلة: الاكتئاب النفسى كما يتضح فى البكاء، والحزن، وفقدان الطاقة والدافعية..
الهدف: تحسن الحالة المزاجية وازدياد الطاقة والنشاط.

الخطوات:

- ١- سوف يقوم المريض بإعداد قائمة بالأشياء التى يريد انجازها والقيام بعمل تلك الأشياء، مع استخدام الحوافز النفسية المناسبة.
- ٢- سوف يقوم المريض بمناقشة مشاعره وأفكاره خلال جلسات العلاج، ويعمل على استبدالها بأفكار أكثر عقلانية.
- ٣- سوف يقوم المريض بمراجعة الطبيب النفسى وتناول الأدوية بانتظام.

مثال آخر:

المشكلة: سلوك انعزالي /انسحابى
الهدف: أن يتفاعل المريض مع الآخرين بمبادأة منه.

الخطوات:

- ١- سوف يقوم المريض ببدا المحادثة مع أقرانه (عدداً معيناً) من المرات خلال ساعة واحدة من النشاط.
- ٢- سوف يقوم المريض بالعمل بالتعاون مع أقرانه ومع العاملين بالعيادة (عدداً معيناً) من المرات خلال ساعة واحدة من النشاط.

مثال آخر:

المشكلة: عدم القدرة على العناية بالنفس (مثلاً: لا يأكل أو لا يلبس أو ينام، إلى غير ذلك من نواحي القصور السلوكى)
الهدف: أن يقوم المريض بالروتين السلوكى المعتاد (مثل القيام بتناول الطعام أو النوم أو العناية بالنظافة الشخصية).

الخطوات:

- ١- سوف يأخذ المريض حمام أو دش ... مرات، على الأقل أسبوعياً، ولمدة أسبوعين.

- ٢- سوف يأكل المريض ٨٠% من وجبات الطعام يومياً لمدة أسابيع.
- ٣- سوف يحافظ المريض على نظافته يومياً لمدة أسابيع.
- ٤- سوف ينام المريض ست ساعات على الأقل كل ليلة بدون أدوية منومة لمدة أيام.

الإجراءات العلاجية:

وهنا يصف الأخصائي الإجراءات العلاجية التي سيتم استخدامها في علاج المشكلة.

أمثلة:

- العلاج الفردي السلوكي المعرفي، في جلسات أسبوعية
- العلاج بالأدوية ذات الأثر النفسي، حسب وصف الطبيب النفسي
- استخدام أساليب التدعيم المنظم للسلوك المرغوب، حسب جدول تدعيم مستمر في البداية، ثم حسب جدول تدعيم متقطع فيما بعد.

معايير إتمام الخطوة العلاجية:

ونسجل هنا وصفاً محدداً للمستوى السلوكي الذي يجب أن يصل إليه المريض لكي نقول إنه قد حقق هذا الهدف أو هذه الخطوة العلاجية بالذات.

مثال:

- أن يذكر المريض أنه أصبح يستطيع النوم بصورة جيدة ليلاً لمدة أسبوعين على الأقل وبشكل مستمر
- أن تذكر الأسرة والمدرسة أن حركة الطفل أصبحت في المدى السوي وأن مستوى انتباهه قد أصبح جيداً.
- أن يذكر المريض أنه لم يعد يسمع الأصوات، أو أنه لم يعد يعتقد أن المافيا أو الكائنات الفضائية تتبع خطواته أو تريد إيذائه.

طول الفترة اللازمة لإتمام العلاج:

ونذكر هنا توقعاتنا بالنسبة لطول الفترة التي يحتاجها المريض لتحقيق الأهداف المنشودة وإتمام العلاج. فقد تكون هذه الفترة ستة شهور أو سنة أو أقل أو أكثر تبعاً لطبيعة المشكلة التي يعاني منها المريض.

وصف مشاركة المريض في صياغة الخطة العلاجية:

تعتبر مشاركة المريض أو الأسرة في صياغة الخطة العلاجية أمراً بالغ الأهمية. ويمكن أن تأخذ هذه المشاركة عدة صور. فقد يشارك المريض في توضيح وبلورة المشكلات، والأهداف والخطوات العلاجية. وذلك بناءً على إحساسه هو نفسه بما يعانيه من مشكلات وما يود تحقيقه من أهداف. وقد يقوم المعالج النفسي بتوضيح الأهداف المنشودة ويحصل على موافقة المريض عليها. ومن الممكن أن يرفض المريض لسبب أو لآخر الموافقة على الخطة العلاجية. وفي جميع الأحوال يتعين على المعالج أن يسجل في الخطة العلاجية وصفاً واضحاً لمشاركة المريض أو لموقفه من الخطة العلاجية.

تسجيل ملاحظات تقدم الحالة :

يقوم الأخصائي بكتابة تقرير مختصر عقب كل اتصال أو خدمة يقدمها للمريض. وكتابة هذه التقارير أمر بالغ الأهمية. فهي تمكن الأخصائي وغيره من المسؤولين أن يتابع تقدم المريض واستجابته للعلاج. كذلك فإن هذا السجل هو المستند الأساسي الذي يمكن الرجوع إليه إن حدثت مشكلة قانونية تتعلق بالمريض. كما يمكن الرجوع إلى هذه الملاحظات لأغراض البحث العلمي. وهناك عدد من المتطلبات التي يلزم توفرها في الملاحظات لكي تستوفي شروط الجودة. ونذكر فيما يلي أهم العناصر أو الشروط التي يجب توفرها في كتابة ملاحظات تقدم الحالة.

- ١- تاريخ الجلسة ووقت بدايتها ونهايتها.
- ٢- نوع الخدمة التي تم تقديمها للمريض، مثلاً هل هي جلسة علاج فردية أو عائلية أو جماعية مع ذكر الحاضرين.
- ٣- الحالة الحاضرة للمريض والأعراض التي ظهرت على المريض أثناء الجلسة أو تلك التي ذكرها خلال الجلسة.
- ٤- محور الجلسة: الموضوعات أو المشكلات التي تمت تناولها أو مناقشتها أثناء الجلسة.
- ٥- محاولات التدخل العلاجي أو التوصيات التي تم اتخاذها.
- ٦- تقدم المريض نحو الأهداف أو الخطوات التي حددتها الخطة العلاجية.

ويجب كتابة الملاحظات العلاجية فوراً وذلك حتى لا ينسى الأخصائي ما تم خلال الجلسة، ولتفادي حدوث تشويه للمعلومات. ويلاحظ أن القاعدة الملزمة في الولايات المتحدة هي أن يتم تسجيل الجلسة خلال فترة لا تزيد عن ٢٤ ساعة. ويسمح ذلك بتسجيل الجلسات التي قد تتم خارج العيادة، كالمستشفى أو منزل المريض. وبوجه

عام يجب أن تتصف الملاحظات العلاجية بالوضوح واستخدام لغة سلوكية واضحة، كما يجب أن تتصف بالإيجاز بحيث يتم وصف مضمون الجلسة ومحتوياتها في عدد محدود من السطور.

المتابعة الدورية للخطة العلاجية:

يتحتم القيام بالمتابعة الدورية للخطة العلاجية وذلك لعدة أسباب:

- ١- التعرف على مدى تقدم المريض كنتيجة للعلاج الذي تم وصفه في الخطة العلاجية.
- ٢- التعرف على النواحي التي تم حدوث تقدم فيها والنواحي التي ظلت كما هي، أو ربما تعرضت للتدهور.
- ٣- التعرف على سير الخدمات النفسية بوجه عام وعلى مدى مشاركة المريض في العملية العلاجية.
- ٤- الإعداد لإنهاء العلاج إذا كان المريض قد حقق فعلاً الأهداف المنشودة التي جاء من أجلها للعلاج.

الفصل التاسع

العلاج النفسي التحليلي

الفصل التاسع

العلاج النفسي التحليلي

مقدمة :

يرتبط التحليل النفسي باسم مبتكره سيجمند فرويد Freud. ويعتبر التحليل النفسي - عند المشتغلين به - نظرية في السلوك الإنساني، وطريقة في العلاج، وأداة للبحث. ويجدر بالذكر أن فرويد بدأ حياته كباحث في علم الأعصاب، لكنه ترك ذلك المجال ليعمل في عيادته الخاصة. وقبل ابتكار فرويد للتحليل النفسي كان التنويم الإيحائي hypnosis هو الوسيلة المستخدمة لعلاج الاضطرابات النفسية، خاصة على يد ليبولت Liebault، وبرنهايم Bernheim، وشاركو Charcot وبيرر جانيه Pierre Janet. وقد اعتقد برنهايم وشاركو أن التنويم الإيحائي يعالج أعراض الهستيريا. وقد أمضى فرويد عاماً في باريس للدراسة معهما للتحقق من هذا الزعم. ولاحظ فرويد خلال عمله أن مجموعة الأعراض المسماة بالهستيريا التحولية لا تستجيب للعلاج الطبى العصبى. وتشمل أعراض هذا الاضطراب عادة شلل الأرجل أو شلل الأيدي أو العمى أو الصمم، الخ. وهي أعراض جسمية حقيقية، إلا أنها لا ترتبط بأى تلف فى الأعصاب أو فى العضلات. وكان رأى السائد قبل فرويد أن أعراض الهستيريا التحولية ترتبط بأورام خفية فى الجهاز العصبى المركزى. ولكن فرويد بفضل معرفته فى علم الأعصاب، استطاع أن يبين أن أعراض الشلل فى الهستيريا التحولية لا يمكن إرجاعها إلى أسباب عصبية. وقد أكد فرويد أن الإيحاء تحت تأثير التنويم يمكن أن يؤدي إلى التحسن. إلا أن هذا الشفاء يكون عادة شفاءً مؤقتاً. فبعد فترة من الوقت تعود نفس الأعراض المرضية، أو يعود المرض فى شكل أعراض جديدة. أى أن العلاج كان علاجاً للأعراض وليس للمرضى أنفسهم. وقد فسر المعالجون ذلك على أنه يرجع إلى أن التنويم قد أزال الأعراض دون أن يعالج أسبابها الحقيقية، أى المرض ذاته الكامن وراءها. وكانت العقبة الأخرى أمام التنويم أن بعض الناس ليست لديهم القابلية أو القدرة على التنويم، مما يحد من صلاحية استخدام التنويم مع مختلف الحالات.

ونتيجة لذلك فقد عدل فرويد عن استخدام التنويم فى علاج المرض النفسى. وقد تعلم فرويد من طبيب نمساوى هو جوزيف برورر فوائد إتاحة الفرصة للمرضى للكلام

و"الفضفضة" عما يضايقهم. واتجه بعد ذلك إلى تشجيع مرضاه على تذكر الأحداث والتجارب القديمة في حال اليقظة العادية، معتمداً في ذلك على الإيحاء في حالة اليقظة. ثم بدأ فرويد يتحول إلى استخدام أسلوب آخر، استعاره من فرانسيس جالتون Frances Galton، وهو أن يطلب من مرضاه الحديث عن كل ما يخطر ببالهم من أفكار أو نكريات أو مشاعر مهما كانت تافهة أو معيبة أو مؤلمة، وأن يتحدثوا عنها بحرية كاملة دون محاولة كبتها. وقد أطلق على هذه الطريقة اسم طريق "التداعي الحر" أو الطليق^(١) (م. نجاتي، ١٩٦٦). وبهذه الطريقة يمكن الوصول إلى مكونات اللاشعور دون الحاجة إلى التنويم. ويوصف التداعي الحر غالباً بأنه "القاعدة الأساسية للتحليل النفسي بمعنى أنه الالتزام الحقيقي الرئيسي للمريض" (G. Blanck, 1976, P. 63).

اللاشعور:

أول من استخدم اصطلاح اللاشعور^(٢) هو بيير جانييه. ولكن فرويد طور هذا المفهوم تطوراً كبيراً. ويقوم التحليل النفسي على افتراض أساسي هو تقسيم الحياة النفسية إلى ما هو شعوري وما هو لاشعوري. وبذلك فإن فرويد يرفض القول بأن كل الحياة النفسية شعورية بالضرورة. وأكبر دليل على ذلك يأتي من دراسة التنويم والأحلام. وتكون الأفكار لاشعورية عندما لا يشعر بها الفرد أولاً يعي بها. ومع ذلك فمن الممكن أن تصبح شعورية تحت ظروف خاصة. وقد شبه فرويد اللاشعور بالجبل الجليدي، يظهر جزء صغير منه فوق سطح الماء، وهذا الجزء يمثل الشعور. أما القدر الأكبر من ذلك الجبل الجليدي فيظل تحت الماء، وهو ما يمثل اللاشعور.

ويفترض فرويد أن هناك قوة تقاوم تحول الأفكار من كونها لاشعورية لكي تصبح شعورية.. وهذه المقاومة^(٣) هي التي تسبب ما يسميه فرويد بالكبت^(٤). ويميز فرويد بين درجتين من درجات اللاشعور: هناك ما يسميه فرويد ما قبل الشعور^(٥)، ويعني به فرويد ما هو كامن ولاحشوري ولكنه يمكن أن يصبح شعورياً بالطرق العادية.. أما اللاشعور على وجه الحقيقة فهو المكبوت الذي يتطلب جهداً تحليلياً خاصاً لإخراجه إلى حيز الشعور.

وقد توصل فرويد بعد استخدامه لأسلوب التداعي الحر إلى أن اللاشعور يتضمن خبرات مؤلمة ونكريات بعضها منفرد، وبعضها - وإن كان ساراً - إلا أنه يتنافى مع

1 - Free association.

2 - Unconscious.

3 - Resistance.

4 - Repression.

5 - Preconscious.

الخلق والضمير؛ وغير ذلك من الاعتبارات الاجتماعية (أحمد فائق، ١٩٦٧، ص ٢٢). كما يجد المرضى صعوبة في استرجاع الذكريات المكبوتة، ويقاومون ذكرها للمحلل، وذلك لأنها تثير الألم لدى المريض. وتوصل فرويد إلى أن مضمون تلك الخبرات المكبوتة مضمون جنسي، وأن الأفكار المنفرة ذات طبيعة جنسية، وأنها ترجع إلى الطفولة المبكرة للشخص. وبذلك افترض فرويد ما أطلق عليه اصطلاح "الجنسية الطفولية"^(٦). فما يقاومه الشعور ويكبته هو المضمونات ذات الأصل الجنسي عند الطفل. (المرجع السابق). والحقيقة أن مفهوم الجنس عند فرويد أوسع من المعنى المتصل بالتناسل. وقد قام فرويد بصياغة نظرية في النمو النفسي-الجنسي، حيث يرى أن الإنسان يمر في حياته بمراحل من النمو النفسي-الجنسي.

فالدافع الجنسي العام، أو ما يطلق عليه فرويد اسم الليبدو libido ينزع إلى الحصول على اللذة من مصادر أو موضوعات مختلفة في مراحل النمو المختلفة. وأرقى هذه المراحل هي المرحلة التناسلية. وقد قسم فرويد مراحل النمو الجنسي إلى ثلاث مراحل، أسماها تبعاً للمناطق الشبقية (أي مناطق اللذة) التي تغلب عليها، وهي على النحو التالي:

١- **المرحلة الفمية**^(٧): حيث يستمد الطفل الوليد أكبر درجة من اللذة والألم من منطقة الفم. فالرضاعة والأكل هي أهم مصادر اللذة في هذه المرحلة. وتستمر هذه المرحلة حتى أواخر العام الأول.

٢- **المرحلة الشرجية**^(٨): وتستمر من بداية العام الثاني حتى أواخره، حيث يكون الطفل قد وصل للفظام. ويمر الطفل خلال هذه المرحلة بعمليات التدريب على النظافة وضبط الإخراج.

٣- **المرحلة القضيبية**^(٩): وتبدأ من العام الثالث، وذلك بعد انتظام عمليات التبول والتبرز، وتستمر من سن الثالثة حتى سن الخامسة أو السادسة. ويستمد الطفل أكبر الإرضاء من تنبيه الأعضاء التناسلية. وفي هذه المرحلة ينشغل الطفل بالفروق بين الجنسين.

٤- **مرحلة الكمون**^(١٠): وخلال هذه المرحلة تصبح دوافع لهو أقل حدة ولا تلعب دوراً مباشراً في دفع السلوك.

6 - Infantile sexuality.

7 - Oral phase.

8 - Anal phase.

9 - Phallic stage.

10- Latency period.

٥- المرحلة التناسلية^(١١): وهى المرحلة الأخيرة من مراحل النمو النفسى-الجنسى، وهى أيضاً المرحلة المتصلة بالبلوغ وسن الرشد حيث تسود الميول الجنسية المتصلة بالجنس الآخر.

وينشأ المرض النفسى وكذلك الانحراف الجنسى عن تعطل النمو النفسى-الجنسى، وتعطل الانتقال من مرحلة إلى أخرى. وانسحاب اللبيدو من منطقة لأخرى، حسب متطلبات النمو، ليس أمراً مضموناً دائماً. فقد يتعرض الطفل فى أى مرحلة من مراحل تطوره إلى صعاب فى عملية الحصول على اللذة والبعد عن الألم. وذلك مما يجعل اللبيدو يثبت أو يتجمد عند مرحلة بعينها، ويتركز فى منطقة الصدمة. وكثيراً ما ينمو اللبيدو بعد تركه لجانب كبير من الطاقة الجنسية عند إحدى المراحل المبكرة. وفيما بعد عندما يصادف الشخص بعض الصعاب ينكص إلى تلك المرحلة السابقة التى حدث عندها التثبيت^(١٢)، ويسمى ذلك بالنكوص^(١٣).

وتحدث أهم الأزمات خلال المرحلة القضيبية، حوالى سن الرابعة. ففى تلك المرحلة كما يقول فرويد، تجتاح الطفل الرغبة الجنسية نحو الأم بالنسبة للأولاد، أو الأب بالنسبة للبنات. ويؤدى التهديد بالعقاب الشديد من الأب (بالنسبة للأولاد) أو الأم (بالنسبة للبنات) إلى دفع هذه الرغبة إلى مجال اللاشعور. وقد أطلق فرويد على هذه الرغبة المحرمة وما طرأ عليها من كبت عقدة أوديب^(١٤) عند الأولاد، وعقدة إلكترا^(١٥) عند البنات. ويتم التغلب على عقدة أوديب وحل الصراع من خلال تقمص الولد لأبيه أو البنت لأمها، وذلك بتبنى تقاليد وقيم المجتمع. وهكذا ينشأ الأنا الأعلى من خلال تعلم القيم الأخلاقية للمجتمع.

البناء النفسى :

تشتمل الشخصية الإنسانية على ثلاث أجهزة أو قوى رئيسية، هى الأنا، والهوى، والأنا الأعلى. وترتبط بين هذه المكونات الثلاث تفاعلات دينامية مستمرة، بحيث أن السلوك هو عبارة عن وظيفة للتفاعلات بين هذه الأجهزة الثلاث. ويلاحظ أن هذه المكونات ليست أشياء أو أماكن داخل العقل، لكنها عبارة عن عمليات دينامية، متفاعلة معاً، لها أصولها الخاصة، وأدوارها المحددة * (D.L. Rosenhan & Seligman, 1984, P.63). وتعمل هذه الأجهزة الثلاثة لدى الشخص السوى بصورة

11- Genital phase.

12- Fixation.

13- Regression.

14- Oedipus complex.

15- Electra complex.

متناغمة ومتعاونة للقيام بالتفاعلات الناجحة والمرضية للفرد مع البيئة. وتهدف هذه التفاعلات إلى إرضاء حاجات الفرد ورغباته. أما إذا حدث اختلاف أو صراع بين هذه الأجهزة فإن ذلك يؤدي إلى مشكلات التوافق، التي تجعل الفرد غير راض عن نفسه أو عن العالم من حوله، كما تحد من قدرته على تحقيق أهدافه.

الهو :

ويمثل **الهو** الجهاز الأولي أو الأصلي الذي ينشأ عنه فيما بعد كل من **الأنا** و**الأنا الأعلى**. ويشتمل على كل ما هو موروث عند الميلاد، بما في ذلك الغرائز. وهو مصدر الطاقة والحوافز الغريزية، وهو أيضاً بمثابة القوة الدافعة ومصدر التوتر النفسي الذي يبحث عن الإشباع. فالمثيرات الداخلية والخارجية تسبب التوترات للفرد، وعندئذ يقوم **الهو** بالتخلص من التوتر. ومبدأ اللذة هو المبدأ الأساسي الذي يحكم **الهو**. ويعمل مبدأ اللذة على إرضاء حاجات الإنسان وذلك بالتخلص من التوتر أو خفضه إلى أدنى مستوى ممكن. وهو بذلك يمنع إحساس الفرد بالألم، كما أنه يحاول تحقيق اللذة دون أكرات بالواقع الخارجي أو بالاعتبارات الأخلاقية.

وينمو **الهو** كنتيجة لعمليات تنظيم إشباع الحاجات الأولية للطفل، والتي تولد لديه الإحباط إلى جانب الإشباع. ونتيجة للإحباط ينشأ في **الهو** ما يطلق عليه فرويد العملية الأولية^(١٦). ويعرض هول (C.S. Hall, 1978) لنشأة العملية الأولية. فالفرد يتلقى التنبهات الحسية ويستجيب لبعضها بالأفعال المنعكسة^(١٧)، والتي تربط بين الجهاز الحسي والجهاز الحركي. وبجانب هذين الجهازين يوجد لدى الإنسان الجهاز الإدراكي، وجهاز الذاكرة. وعندما يتلقى الجهاز الإدراكي التنبهات من الحواس، يقوم بتكوين صورة أو تمثيل داخلي للشيء الذي وقع تأثيره على الحواس. ويتم الاحتفاظ بهذه الصور العقلية في جهاز الذاكرة كذاكريات أو آثار متبقية لما أدركه الفرد من قبل... وفيما بعد يتم تنشيط هذه الصور في الذاكرة، بحيث يتم استحضار الماضي إلى الحاضر من خلال هذه الصور المتذكرة.

وعندما يجوع الطفل مثلاً في حالة عدم وجود الثدي، فإن التوتر المصاحب للجوع يؤدي إلى استحضار الصور التي ارتبطت بالإشباع في الماضي، والتي اعتاد أن يجد فيها الإرضاء وخفض التوتر. وهي صور بصرية، إلا أنها تحتوي على عناصر شمية ولمسية وسمعية وتنويفية. وهذه العملية التي يتم فيها إنتاج صور من الذاكرة للشيء الذي يحتاج إليه الفرد لخفض التوتر تسمى **بالعملية الأولية**. وبالنسبة

16- Primary process.

17- Reflexes

للهو فإن هذه الصور العقلية المتذكّرة تعتبر مكافئة للإدراك الفعلى. فتذكر الطعام يعادل إدراك الطعام. أى أن الهو لا يميز بين الذاكرة الذاتية (الصورة المتخيلة) والإدراك الموضوعى للشيء الحقيقى. ومن أمثلة العملية الأولية ما يحدث فى الأحلام عندما يتم تكوين تلك الصور البصرية المتتابعة، والتي تستهدف خفض التوتر. فالجائع كما يقولون يحلم بسوق العيش. وهناك أمثلة كثيرة للعملية الأولية فى حياتنا اليومية. فالإنسان يتخيل الهدف المنشود قبل الوصول إليه، وهذا يساعد على ترشيد خطاه فى الوصول للهدف بدلاً من مجرد المحاولة والخطأ.

إلا أنه نظراً لأن العملية الأولية لا تكفى لخفض التوترات بصورة جيدة، تنشأ العملية الثانوية. وتنتمي العملية الثانوية إلى الأنا. وسوف نعرض لها فى حديثنا عن الأنا.

الأنا:

وإذا كان الهو يقوم بتصريف التوتر عن طريق النشاط الحركى الاندفاعى، أو عن طريق تكوين الصور الذهنية التى تحقق الرغبات (فى الأحلام مثلاً)، فإن ذلك لا يكفى لتحقيق الأهداف الكبرى للبقاء والتناسل. بل قد يجلب النشاط الحركى الاندفاعى عواقب وخيمة للفرد. ويستلزم التحقيق الناجح للرغبات والأهداف والحاجات أن يأخذ الفرد الواقع الخارجى فى الحسبان، طوعاً أو كرهاً. وهذا التفاعل بين الفرد والعالم الخارجى يستلزم تكوين نظام سيكولوجى جديد هو الأنا.

ويوصف الأنا بأنه يمارس وظائف التنفيذ والتكامل فى الشخصية، ويعمل الأنا تبعاً لمبدأ الواقع. وهو بذلك يحاول تحقيق رغبات الهو بما يتمشى مع الواقع وظروفه ومتطلباته. وهو ينمو مع نمو الفرد. فيلاحظ أن الطفل الوليد يعبر عن حاجاته وتوتراته بطريقة تلقائية بالبكاء. ولكن مع نمو الطفل ينمو الأنا، ويمارس وظيفة تقييم الواقع والمواءمة بين متطلبات الهو وظروف الواقع المحيط بالفرد.

ويخدم مبدأ الواقع ما أسماه فرويد بالعملية الثانوية^(١٨) (ibid). وقد رأينا من قبل أن العملية الأولية تصل بالفرد فقط إلى النقطة التى يجد عندها صورة ذهنية للموضوع الذى يشبع حاجته. والخطوة التالية هى العثور على هذا الشيء فى عالم الواقع أو خلقه وإيجاده عن طريق خطة للتصرف تتم بالعقل والمنطق. وهذا التخطيط والتفكير المنطقى وحل المشكلات هو ما نسميه بالعملية الثانوية..

وتحقق العملية الثانوية ما تعجز العملية الأولية عن تحقيقه، وهو التمييز بين

18- secondary process.

العالم الداخلي للعقل والعالم الموضوعي للواقع الخارجى. وقد يستخدم الأنا أحياناً أحلام اليقظة والخيال. وهذا بالطبع يتبع مبدأ اللذة، ويتحرر من مبدأ الواقع. إلا أن ذلك يختلف عن العملية الأولية لأن الفرد يميز بين الخيال والواقع.

الأنا الأعلى :

أما الأنا الأعلى فهو العنصر الثالث الذى ينشأ فيما بعد خلال نمو الفرد. وكثيراً ما ينظر إلى الأنا الأعلى على أنه مرادف للضمير. وتبعاً لفرويد فإن الأنا الأعلى هو عبارة عما يتشربه الفرد من النظم الأخلاقية للثقافة كما يفسرها له الوالدان. وينشأ الأنا الأعلى كنتيجة للتحريمات والمكافآت الوالدية المتعلقة بأشكال معينة من السلوك. فالطفل يتعلم ما هو حسن وما هو سيء، وبالتدريج يدمج الطفل ذلك فى نسقه القيمي الخاص. وهذا النسق الذى يتشربه الفرد يمارس تأثيره على السلوك، خاصة على الأنا. ومن الناحية النظرية، على الأنا أن يرضى كلا من الهو والأنا الأعلى. ووفقاً لهذا التصور فإن الشخص الذى يتمتع بدوافع جنسية قوية، وبأنا أعلى قوى يحرم لرضاء هذه الدوافع، لا بد وأن يعانى من الصراع، والتوترات الداخلية. ونظراً لأن المجتمع بوجه عام يحرم دوافع الجنس والعدوان، فإن تلك الدوافع يغلب أن تكون أكبر مصدر للصراع الداخلى عند الأفراد.

الصراع الداخلى والأمراض العصابية :

وتبعاً لهذا التصور فإن الأعراض العصابية أو الاضطرابات النفسية تنشأ عن صراعات داخلية أو مكبوتة. فالأعراض بشكل ما هى عبارة عن مظاهر للصراع الداخلى الذى يعانى منه الفرد. بل إننا نجد فى بعض الحالات أن العرض نفسه هو بمثابة تمثيل رمزى لطبيعة الصراع الداخلى. فمثلاً، قد يكون الشلل الوظيفى أو الهستيرى للذراع اليمنى لأحد الأشخاص عبارة عن تعبير عن صراع داخلى بين رغبته فى الاعتداء بالضرب على أحد والديه وبين إدراكه لمدى شناعة مثل ذلك الفعل المشين. ولذلك ينبغى على المحلل النفسى أن ينظر إلى ما وراء الأعراض الظاهرية، ويحاول استكشاف أو استشفاف الأسباب الحقيقية للمرض فيما وراء ذلك. ويلاحظ أن المريض لا يدرك الأسباب الحقيقية للأعراض التى يعانى منها، كما أنه لا يعى بصورة شعورية الصراع النفسى الداخلى. وكل ما ينشده المريض هو التغلب على تلك الأعراض. وهنا يعمل المحلل النفسى جاهداً على استكشاف الأسباب الحقيقية للأعراض فى الصراعات النفسية الكامنة وراءها. وهنا يحاول التحليل النفسى مساعدة الفرد فى التغلب على الكبت، وأيضاً فى التغلب على المقاومة التى يبديها فى وجه عمليات

الاستقصاء ومحاولة إخراج مكنونات اللاشعور إلى حيز الوعي. ويفترض - تبعاً لنظرية التحليل النفسي أنه عندما يتم إخراج الصراع إلى مستوى الوعي تختفى آثاره الضارة. فالتعالج النفسي هو عبارة عن مساعدة الفرد على مواجهة وفهم الصراعات اللاشعورية التي يعاني منها، والتي تمثل الجذور الحقيقية للمشكلة. وبتحويل الصراعات من المستوى اللاشعوري المكبوت إلى مستوى الشعور يتغلب الفرد على المشكلة وتزول الأعراض.

القلق :

يؤدي الصراع النفسي إلى نشأة القلق. ووجود القلق في حد ذاته إشارة إلى وجود الصراع النفسي الداخلي. وعندما يشعر الشخص بأنه لا يستطيع أن يحل المشكلات وأن يحسم الصراعات ينشأ القلق. ويمكن للقلق أن يكون شعورياً أو لا شعورياً. والقلق هو أحد المفاهيم الهامة في نظرية التحليل النفسي. ويؤدي القلق دوراً هاماً في نمو الشخصية وفي ديناميات السلوك. وله أهمية رئيسية في نظرية فرويد في العصاب والذهان وفي العلاج التحليلي لهذه الأمراض. ورغم أن القلق حالة شعورية مؤلمة، إلا أن أسبابه قد تكون أسباباً لاشعورية.

وتتميز النظريات التحليلية بين ثلاثة أنواع من القلق، هي القلق الواقعي، والقلق العصبي، وقلق الضمير أو القلق الأخلاقي:

١- القلق الواقعي:

ويحدث عندما يشعر الشخص بأن أحداث الواقع المحيط به قد تلحق به الأذى. وهذا ما يعرف عادة بالخوف. فإذا أدرك الشخص مثلاً أن حريقاً شب من حوله فإنه يشعر بالقلق الواقعي خوفاً مما يمكن أن يهدد حياته أو حياة الآخرين. ويطلق على الخبرات التي يداهم فيها القلق الإنسان ويسيطر عليه اسم الخبرات الصدمية، وذلك لأنها تحول الشخص إلى حالة طفلية من العجز وعدم القدرة على التصرف. والنموذج المبني^(١٩) للخبرات الصدمية هو صدمة الميلاد^(٢٠). فالطفل الحديث الولادة يتعرض لسيل منهمر من التنبيهات من العالم المحيط به، لم ينتهياً لها خلال وجوده في داخل الرحم. وخلال الأعوام الأولى من حياة الطفل يتعرض لمواقف أخرى كثيرة لا يستطيع التعامل معها.. وهذه الخبرات الصدمية خلال الطفولة تضع الأساس لتكوين شبكة كاملة من المخاوف. وفيما بعد، يؤدي أي موقف يهدد بتحويل الطفل إلى حالة العجز الأولى (في الطفولة المبكرة) إلى استثارة القلق. فكل المواقف المثيرة للقلق

19- Prototype

20- Birth trauma.

تتصل بخبرات العجز المبكرة وتشتق منها. وإذا وصل القلق إلى الدرجة التي لا يقوى الشخص على تحملها أو ردها فقد يؤدي ذلك حالة الإغماء أو الانهيار.

٢- القلق العصائى:

وينشأ هذا القلق عندما تهدد الدوافع الداخلية الغريزية للشخص بالاجتياح، وأبرز هذه الدوافع دوافع الجنس والعنوان. فالقلق العصائى هو عبارة عن الخوف مما يمكن أن يحدث لو فشلت قوى الأنا فى التحكم فى الشحنات الغريزية، وفى منع تفريغها بصورة اندفاعية. ويمكن أن يظهر القلق العصائى فى ثلاثة أشكال:

١- هناك نوع من الخوف الهائم الذى يمكن أن يتعلق بأى ظرف بينى خارجى. ويلاحظ هذا القلق بشكل خاص لدى الشخص العصائى الذى يتوقع دائماً حدوث شيء مرعب. وفى حقيقة الأمر فإن هذا الشخص إنما يخاف من أن يسيطر الهو على الأنا ويتركه عاجزاً عن السيطرة على الموقف.

٢- والمظهر الثانى للقلق العصائى هو الخوف الحاد غير المعقول الذى نسميه بالفوبيا. فمقدار الخوف فى الفوبيا لا يتناسب مع الخطر الفعلى للموضوع أو الشيء المخيف. وتكمن جذور هذا الخوف فى الهو. فموضوع الفوبيا يمثل إغراء بالإرضاء الغريزى، أو يرتبط بطريقة ما بموضوع غريزى. فخلف كل خوف عصائى رغبة بدائية من الهو فى الشيء أو الموضوع الذى يخاف منه الشخص (C.S. Hall, 1978). فالشخص يرغب فيما يخاف منه أو يرغب فى شيء يرتبط به أو يمثله موضوع الخوف. ويحدث أحياناً أن تتصارع الرغبات مع الأنا الأعلى عندما يشتهى الشخص نفس الشيء موضوع الخوف.. فكأنما فى هذه الحالة "يقول الهو" أنا أريد هذا الشيء، بينما يقول الأنا الأعلى "ما أفضح ذلك"، ويقول الأنا "إنى خائف" (ibid, P.66).

٣- والنوع الثالث من القلق العصائى يرتبط بالخوف من إتيان الأفعال الاندفاعية. وتظهر الأفعال الاندفاعية عادة دون سابق إنذار. مثال ذلك ما نقرأه أحياناً فى الصحف، أو نسمعه فى وسائل الإعلام من أن أحد الأشخاص أمسك بندقيته وأخذ يطلق النار دون تمييز على رواد أحد المطاعم. ويهدف مثل هذا السلوك إلى التخلص من القلق العصائى المؤلم بعمل شيء اندفاعى يتطلبه الهو. أى أن هذا الشخص قد أسقط ضوابط الأنا وترك للهو الحبل على الغارب، وذلك رغم الأنا ورغم تحريمات الأنا الأعلى.

ولا يقتصر السلوك الإندفاعى على الشخص العصائى بل نلاحظ السلوك الإندفاعى فى الكلام أو فى التصرفات عند الأشخاص العاديين. وبالطبع يمكن أن

يترتب على الاندفاع فى الكلام أو فى التصرفات عواقب وخيمة للشخص كفقْدان الأصدقاء أو كالتعرض للعقاب. وعندما يؤدى السلوك الاندفاعى إلى العواقب الوخيمة يتعلم الشخص مدى خطورة الغرائز. فعقاب الطفل يبين له أن الإرضاء الاندفاعى للغرائز يجلب المتاعب. وهذا يفسر لنا كيف يكتسب الطفل القلق العصابى عندما يتلقى العقاب على أفعاله الاندفاعية.

وإذا قارنا القلق الموضوعى بالقلق العصابى، فإن القلق العصابى يمكن أن يكون أكثر إيلاماً للشخص. فمع النمو يكتسب الفرد القدرة على التحكم فى التهديدات الخارجية التى تسبب القلق الموضوعى أو تجنبها. ولكن الأمر يختلف مع مصدر القلق العصابى. فمصدر القلق العصابى يوجد داخل الفرد، وبالتالي فليس فى وسع الإنسان أن يهرب من نفسه.

ولا يقتصر القلق العصابى على الأشخاص العصبيين بل يلاحظ أيضاً لدى الأسوياء إلا أنه لا يسيطر على حياة الشخص سوى بالقدر الذى نراه لدى العصبيين. على أن الفرق بين الشخص السوى والشخص العصابى فرق فى الدرجة ليس إلا.

٣- القلق الأخلاقى:

يؤدى القلق الأخلاقى إلى شعور الفرد بالذنب أو العار، وينشأ عن إدراك الفرد للخطر والتهديد من الضمير. ويمثل الضمير السلطة الأبوية، وهو يهدد الشخص بالعقاب إذا فعل شيئاً أو فكر فى شيء يتعارض مع المبادئ الأخلاقية التى زرعها الآباء فى شخصيته. وينشأ القلق الأخلاقى فى البداية كنتيجة للخوف من عقاب الوالدين.

ويشبه القلق الأخلاقى القلق العصابى من ناحية أن كلاهما داخلى المصدر، وأن الإنسان لا يستطيع الهرب منه على النحو الذى يهرب فيه من مصادر الخوف الموضوعية. وبذلك فإن الصراع هنا صراع نفسى داخلى. كما أن كلا من القلق العصابى والقلق الأخلاقى يتصلان بالخوف من التعبير عن دوافع الجنس والعدوان.. ويعانى الشخص المتمسك بالمبادئ الأخلاقية من قدر أكبر من القلق ومشاعر الذنب بالمقارنة بالشخص الأبنى خلقياً. ذلك أن الشخص الذى يتحلى بالأخلاق يحاسب نفسه حساباً عسيراً حتى على مجرد التفكير فى عمل شيء لا يرضى ضميره.

وفى حالة القلق الموضوعى يستطيع الشخص الهروب من مصدر الخطر حتى يتجنب الأذى أو الألم والحرمان. أما فى حالة القلق العصابى والقلق الأخلاقى، فإن الشخص يخاف من نفسه، من مشاعر الذنب أو العار مثلاً. وقد يزيد هذا القلق بدرجة كبيرة غير محتملة تجعله يندفع إلى القيام بأعمال تجلب له العقاب الخارجى الذى يخفف من مشاعر الذنب والمعاناة.

الحيل العقلية :

تهدف الحيل العقلية أو ميكانيزمات الدفاع^(٢١) إلى التغلب على مشاعر القلق وتوفير الحلول العقلية للصراع. وتحدث هذه الحيل عادة بطريقة لا شعورية وأوتوماتيكية. وهذا يعنى أنها تحدث غالباً دون قصد إرادي من الشخص. وسوف نعرض هنا لبعض الحيل الدفاعية الشائعة.

الكبت :

ويعتبر الكبت^(٢٢) أكثر الحيل العقلية شيوعاً ويحدث الكبت عندما يتم إخراج الأفكار المخيفة والرغبات المحرمة من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور. ومن أمثلة ذلك الذكريات التي يمكن أن تثير مشاعر الذنب أو الإحساس بالعار وتلجج الضمير ومشاعر الحطة والضعف. ومن أمثلة ذلك كبت الخبرات الصدمية مثل مشاهد أو مواقف العنف أو القتل وسفك الدماء.

ويختلف الكبت عن القمع^(٢٣). فبينما نجد أن الكبت يتم بطريقة لا شعورية، نجد أن القمع يتم بطريقة شعورية، إرادية ومتعمدة، وذلك باستبعاد بعض الأفكار المضايقة أو المؤسفة من حيز الوعي. ويمكن الكبت الفرد من تقادى الأفكار أو الذكريات المؤلمة. ولكن تأثير تلك الخبرات أو الأفكار المكبوتة يخرج في هذه الحالة عن نطاق التحكم الإرادي للفرد، بحيث تكتسب الأفكار المكبوتة قوة وسطوة تفوق قوتها الحقيقية. وفي غالب الأحيان لا يكون الكبت كاملاً، حيث تعبر الرغبات المكبوتة عن نفسها مثلاً من خلال فلتات اللسان أو الهفوات والأحلام.

الإسقاط :

الإسقاط^(٢٤) هو عبارة عن نسبة المعانى أو الفهم والتصورات الشخصية غير المقبولة إلى الآخرين. ويرى المحللون النفسيون أن الإسقاط يلعب دوراً مزدوجاً في خفض القلق. فهو يخفض القلق عن طريق نسبة الحوافز المنبوذة والمثيرة للقلق إلى شخص آخر، بدلاً من إدراكها على أنها نابعة من داخل الشخص نفسه. ومن ناحية أخرى يعطينا الإسقاط مبرراً للتعبير عن تلك الحوافز.. فمثلاً إذا كان الشعور بالغضب يؤثر القلق عند الشخص، فإنه ينسب الغضب إلى الشخص الآخر، ويزعم أن الشخص

21- Defense mechanisms.

22- Repression.

23- Suppression.

24- Projection.

الأخر هو الغاضب.. وإذا كان الشخص الآخر هو الطرف الغاضب فإن هذا يبرر السلوك العدواني تجاه هذا الشخص (الذي أسقط عليه الغضب) دفاعاً عن النفس.

تكوين رد الفعل:

يعنى تكوين رد الفعل^(٢٥) قيام العقل بتكوين رد فعل مضاد للشعور أو للدافع الأصلي، أو استبدال الشعور الأصلي المؤلم للشخص بشعور مضاد ومريح له. ويرى المحللون النفسيين أن تكوين رد الفعل يرتبط بالكبت. فالشخص يعمل الشيء المضاد للدافع الأصلي لكي يستمر الكبت، وكمثال على ذلك أن يبالغ الشخص في التزمّت لإخفاء دوافعه الجنسية وإيقانها مكبوتة لا شعورياً، أو أن يبالغ في الأدب لإخفاء الميول العدوانية اللاشعورية. ويلاحظ أن ذلك كله يتم بطريقة لا شعورية ودون وعي من المريض.. ويعرض بابكوك (Christopher Babcock, 1988) لمثال لتكوين رد الفعل ذكرته له أنا فرويد Anna Freud. فقد جاءت المريضة الشابة إلى أنا فرويد بعد أن شوهدت في الشارع وهي تحاول خنق أمها بلف الإشارات حول رقبتها، مما حدا بالمارة إلى استدعاء الشرطة. وقد اعتقدت وهي تفعل ذلك أنها كانت فقط تحاول أن تدفنها من البرد وتضمن راحتها. لكن التحليل النفسي كشف فيما بعد أن الفتاة كانت تعاني من مشاعر متناقضة نحو أمها التي حرمتها من أن تعيش شبابها بعد أن وهبت كل وقتها لخدمتها. فعنايتها بأمها هنا أخفت تمنياتها الكامنة في اللاشعور بموت الأم.

التقمص :

يشير التقمص أو التوحد^(٢٦) إلى عملية امتصاص وتبني صفات الآخرين وآرائهم وقيمهم وعاداتهم السلوكية ومكانتهم وقوتهم. ويعتبر التقمص من أكثر الميكانيزمات العقلية شيوعاً في الحياة اليومية للتغلب على الخوف أو الشعور بضعف الكفاءة. ونحن نلاحظ مثلاً أن التلاميذ يتقمصون المدرسين، كما يتقمص المراهقون المشاهير من الممثلين والممثلات، ويتقمص كثير من الناس الزعماء السياسيين. أو يتقمص الطلاب شخصية الأستاذ الجامعي، ويحاكون حركات أو تصرفات أو لزمات معينة تصدر عنه، كطريقة الكلام أو تخمين السيجار أو طريقة المشي، كأنما هذه المظاهر يمكن أن تغير من جوهرهم.

وقد تحدث المحللون النفسيون عن التقمص مع المعتدى خاصة في مجال السياسة. فيحكى لنا برونو بتلهيم Bruno Bettelheim عن مشاهداته أثناء اعتقاله في

25- Reaction formation.

26- Identification.

أحد معسكرات النازي خلال الحرب العالمية الثانية. فقد لاحظ أن أولئك الذين قضوا أكثر من ثلاث سنوات في معتقلات النازي يتوحدون مع سجنائهم، فيستخدمون لغة الجسّابو، وحركاتهم، بل ويرتدون بعض قطع الملابس القديمة التي يستغنى عنها السجناء. وتذكر أنا فرويد قصة الطفلة الصغيرة التي كانت تخاف من عبور ردهة البيت خشية مقابلة الشبح. وقد تمكنت من التغلب على هذا الخوف بالقيام ببعض الحركات أثناء عبورها الردهة. وقد شرحت لأخيها الأصغر أنه لا داعي للخوف من الردهة، وأن عليه فقط أن يتظاهر بأنه هو الشبح الذي يفترض أنه سيقلبه. وبذلك تغلبت الطفلة على خوفها من الشبح بتقمصها للشبح نفسه.

التبرير (٢٧) :

التبرير هو نسبة السلوك إلى دوافع مقبولة اجتماعياً، أو بعبارة أخرى إعطاء مبررات مقبولة لسلوك قد لا يكون مستحسنأ أصلاً. فمثلاً إذا تأخر شخص في الوصول إلى موعد مع آخرين فقد يبرر ذلك بحوث عطل لسيارته أو بأنه يرجع إلى الزحام الشديد في المرور.

وهناك عدد من التجارب الشيقة التي أجريت في مجال التنويم الإيحائي والتي تعطى مثلاً جيداً لعملية التبرير. فقد تم أثناء إحدى جلسات التنويم إعطاء التعليمات لأحد الأشخاص بأن عليه بعد إيقاظه من التنويم أن يراقب جيداً المنديل الذي يزين جيب المنوم، وأن عليه عندما يلاحظ أن المنوم أخرج المنديل من جيبه أن يفتح الشباك. وأعطى الشخص أثناء تنويمه الإيحاء بنسيان هذه التعليمات. وتم بعد ذلك إيقاظ الشخص من حالة التنويم. وبعدها لوحظ أنه يتحرك في الغرفة وسط الناس المحيطين به، ولكنه ظل ينظر باستمرار نحو المنوم. وعندما أخرج المنوم المنديل من جيبه، لوحظ على الشخص التردد، ثم قال: أليس الجو مكتوماً داخل الغرفة؟ ثم قام بفتح النافذة بعد أن أعطى هذا التبرير.

الإعلاء أو التسامي (٢٨) :

الإعلاء هو عبارة عن تحويل الطاقة النفسية إلى مسار أو أهداف مقبولة اجتماعياً. فمثلاً يتم تحويل الطاقة الجنسية إلى عاطفة حب عارم يمكن أن يؤدي في النهاية إلى إشباع هذه الرغبة، أو تحويل الطاقة الجنسية إلى عملية بناء أو عمل دائب لتحقيق أهداف أخرى هامة للفرد أو الجماعة.

27- Rationalization

28- Sublimation.

المحللون النفسيين الجدد :

اجتذبت نظرية التحليل النفسي عدداً من المفكرين الذين انضموا إلى تيار فرويد. ولكنهم سرعان ما انشقوا عنه بأفكار ومفاهيم جديدة. وقد اختلف البعض معه حول طبيعة الدوافع الأساسية للإنسان، بينما اختلف البعض حول مراحل النمو النفسي التي يمر بها الإنسان منذ الميلاد. وسوف نعرض فيما يلي لأهم هؤلاء المحللين الجدد.

كارل يونج Karl Jung:

رأى يونج (١٨٧٥-١٩٦١) أن الإنسان يخزن في اللاشعور ذكريات تعود إلى خبرات الأجيال الماضية، وليس فقط ذكرياته التي ترجع إلى طفولته الخاصة. وأطلق يونج على هذه الخبرات اسم اللاشعور الجمعي collective unconscious. وتوضح هذه الخبرات في أشكال السلوك غير المتعلم، مثل الخوف من النار، أو الخوف من الظلام، أو الخوف من الموت. فهذه المخاوف هي ذكريات متبقية من خبرات الأجيال السابقة. وللحقيقة فقد أطلق فرويد على هذه الأفكار العامة المشتركة بين البشر اسم الأنماط العتيقة archetypes، إلا أن يونج أعطى لها أهمية كبيرة ورأى أنها الأساس الذي تتبنى عليه شخصية الإنسان.

ألفرد أدلر Alfred Adler:

اختلف أدلر مع فرويد حول الدوافع الأساسية للسلوك. فلقد رأى فرويد أن دوافع الإنسان هي أساساً دافع الجنس والعنوان، وأن هذه الدوافع تأتي أصلاً من الهوى، ويقوم الأنا بمحاولة إشباعها. أما أدلر فقد رأى أن الإنسان يعمل من أجل أهداف ذات معنى بالنسبة له. فالإنسان يحاول أن يكون أكثر من مجرد الجينات التي ولد بها أو البيئة التي تحيط به وتؤثر عليه. فالنفس الإنسانية تحاول أن تخلق شيئاً فريداً لا تحده الدوافع البيولوجية أو الضغوط البيئية بشكل كلي.

كارن هورنى Karen Horney:

رأت كارن هورنى (١٨٨٥-١٩٥٢) أن القلق الأساسي هو قلق إجتماعي وليس مجرد قلق مبنى على أساس الخبرات البيولوجية. فالقلق بالنسبة لها يتكون من شعور الطفل بأنه منعزل وعاجز في عالم يحمل خطر التهديد والعنوان. وهذا القلق يؤدي بالطفل إلى أن يأخذ أحد المسارات التالية:

١- يمكن أن يصبح عدوانياً ينشد الانتقام من أولئك الذين رفضوه.

- ٢- يمكن أن يصبح إنساناً مطيعاً خضوعياً أماً في كسب الحب المفقود.
- ٣- يمكن أن يؤثر الانسحاب من حلبة الصراع يائساً من محاولة الحصول على الحب.

وقد أطلقت كارين هورنى على هذه الاستراتيجيات اسم الحركة ضد، والحركة نحو، والحركة بعيداً. ورأت أن هذه الاستراتيجيات هي عبارة عن استجابات اجتماعية رداً على قلق اجتماعي أساساً.

هارى ستاك سليفان Harry Stack Sullivan:

رأى هارى ستاك سليفان (١٨٩٢-١٩٤٩) أن فكرة الشخصية الإنسانية فكرة وهمية، وأنه لا يمكن فصلها عن السياق الاجتماعي الذي يعيش ويعمل فيه الإنسان. ورأى سليفان أن المشكلات النفسية لا تنشأ فقط كنتيجة لنمو اجتماعي خاطئ، بل إنها عبارة عن علاقات اجتماعية خاطئة.

إريك إريكسون Erik Erikson:

قدم إريكسون (١٩٠٢-) نظرية في النمو تمتد إلى مدى أبعد بالمقارنة بما قدمه فرويد من قبل. وتؤكد نظرية إريكسون على الطابع النفسي الاجتماعي للإنسان، وعلى علاقات الفرد بالمجتمع. وبينما رأى فرويد أن أساس الشخصية يتم وضعه خلال الطفولة، فإن إريكسون رأى أن الشخصية تستمر في النمو والتغير طوال حياة الإنسان، من الطفولة، مروراً بسنوات البلوغ والرشد، وحتى سنوات الشيخوخة. وقد قسم إريكسون مراحل النمو إلى ثمانية مراحل، أكد فيها على أهمية الجوانب الاجتماعية للنمو، وعلى أن النمو النفسي للفرد يعتمد على العلاقات الاجتماعية التي يكونها في المراحل المختلفة من حياته. ومراحل حياة الإنسان عند إريكسون على النحو التالي:

- ١- الثقة في مقابل عدم الثقة: وتمتد خلال العام الأول من عمر الطفل.
- ٢- الاستقلال في مقابل الشك: وتمتد خلال العام الثاني.
- ٣- المبادرة في مقابل الذنب: وتمتد من العام الثالث حتى نهاية العام الخامس من العمر.
- ٤- الإنتاجية في مقابل الشعور بالقصور: وتمتد من سن السادسة حتى سن البلوغ.
- ٥- الهوية في مقابل اختلاط الهوية: وتمتد خلال سنوات المراهقة.
- ٦- الروابط الوثيقة في مقابل العزلة: وتمتد خلال سنوات الرشد المبكرة.

- ٧- توالى الأجيال في مقابل التكريس على الذات: وتمتد خلال سنوات الرشد الوسطى (تقريباً من سن ٤٠-٦٥ سنة).
- ٨- التكامل في مقابل اليأس: وتمتد خلال سنوات الشيخوخة (فوق سن ٦٥ سنة).

إريك فروم Erick Fromm:

رأى إريك فروم (١٩٠٠-١٩٨٠) أن الإنسان اجتماعي أساساً. فالناس يجدون أنفسهم في عزلة متزايدة عن الآخرين. وهذه العزلة مؤلمة للإنسان ولا شك. وبينما يستمتع الكثير من الناس بحريتهم الفردية، إلا أنهم ينشدون أيضاً إنهاء عزلتهم. وبوسعهم أن يحققوا ذلك من خلال الحب، والاشتراك في العمل. وهذا هو الأسلوب البناء. كما يمكنهم أن يحققوا ذلك الهدف من خلال المجازاة الاجتماعية، والخضوع للسلطة. وذلك هو الأسلوب الهدام.

العلاقة بالموضوع object relations :

تضمنت نظرية فرويد الكثير من التطوير عن النمو النفسي الجنسي في مراحل العمر المبكرة. ومع ذلك فقد بنى فرويد هذه الصياغات النظرية على أساس الذكريات التي أوردها المرضى من الراشدين خلال جلسات التحليل النفسي (S.F. Butler & H.H. Strub, 1991). كما أن فرويد لم يقم إطلاقاً بعلاج الأطفال. ومن أوائل المحللين النفسيين الذين قاموا بإجراء ملاحظات على الأطفال ميلاني كلاين Melanie Klein التي استخدمت أساليب التحليل النفسي في علاج الأطفال. وقد اختلفت ملاحظات ميلاني كلاين على الأطفال عما انطوت عليه نظرية التحليل النفسي. فالأطفال يوجهون القدر الأكبر من طاقاتهم إلى بناء علاقاتهم مع الآخرين، وليس إلى محاولة التحكم في دوافع اللبido كما قال فرويد من قبل. وبذلك فليست محاولة التحكم في الدوافع الشبقية هي ما يدفع الأطفال، بل الحاجة إلى التحكم في مشاعرهم نحو الأشخاص المهمين في حياتهم. وبذلك فإن ما يشغل الطفل هو تلك العلاقات الإنسانية وليس النوازع الجنسية.

وقد أدت ملاحظات كلاين وغيرها من المحللين النفسيين من المنتمين إلى المدرسة البريطانية إلى الخروج على نظرية فرويد في الدوافع وتطوير ما سمي بنظريات العلاقة بالموضوع. ومن أهم ما شغل أنصار هذه النظرية دور العلاقات الإنسانية في نمو الشخصية. وتبعاً لهذه النظرية فإن الطفل لا ينشد اللذة بل ينشد الموضوع. ونظراً لأن أول علاقة للطفل في حياته هي علاقته بالأم فقد ركزوا بصورة خاصة على هذه العلاقة بين الطفل والأم. وتبعاً لنظريات العلاقة بالموضوع

فإن الطفل يتفاعل مع الأم خلال مراحل متعددة. وتتفق هذه النظريات على أن هذه التفاعلات تهدف إلى إرضاء الحاجات الأساسية للطفل. ومع ذلك فإن الطفل (حسب نظرية العلاقة بالموضوع) يمتص أو يتشرب مظاهر معينة من الموضوعات التي يتفاعل معها. وفي البداية يقوم الطفل بتقسيم أو تجزئة الإدراكات التي يكونها عن الآخرين إلى موضوعات مرضية أو مشبعة (مثل الثدي المشبع أو الأم التي تعطي الإرضاء والإشباع)، وإلى موضوعات سيئة أو محبطة (مثل الثدي السىء أو الفارغ، أو الأم الشديدة العقاب). وتكون هذه التقسيمات الأولية للعالم بداية التمييز الذي يكونه الطفل من خلاله إحساسه بنفسه في علاقته بالآخرين. وإحدى النتائج الهامة لعملية التجزئة أو التقسيم هي افتراض أنه عندما يوجد الشيء الحسن أو الجيد فإن الموضوع السيء لا يكون له وجود، والعكس صحيح. ومع مزيد من النمو يزداد وعي الطفل بأن نفس الموضوع يمكن أن يكون حسناً وسيئاً معاً. كذلك يبدأ الطفل في تكوين عالم داخلي من الموضوعات التي تحدد علاقاتها بالطفل إحساس الطفل بنفسه. ومع النمو السوي للطفل تستمر عملية تكوين الحدود بين الذات أو الأنا والآخر، ويكون الطفل إحساساً بالذات على أنها نظام منفصل، ومنظم، وإيجابي أساساً قادر على إعطاء الحب وتلقيه، وعلى الاحتفاظ بإحساسه بالهوية الذاتية. أما إذا شابت علاقة الطفل بالأم الكثير من الخبرات السلبية والمحبطة، فمن الممكن أن تنشأ الصعوبات في نمو إحساس الطفل المستقل والمنظم بنفسه، مما يؤدي إلى حدوث المرض النفسي.

الأساليب العلاجية التحليلية :

يختلف التحليل النفسي (التقليدي على الأكل) عن غيره من طرق العلاج النفسي من ناحية أهداف العلاج. فهدف العلاج ليس تحسين الأعراض المرضية، أو استبدال عادات سيئة بعادات حسنة، ولكنه عبارة عن عملية إعادة بناء reconstruction المظاهر الوجدانية للشخصية ككل.

ويتطلب العلاج بالتحليل النفسي من القائم به إعداداً طويلاً نظرياً وعملياً. ومن أهم ما يتطلبه أن يتلقى المحلل نفسه تحليلاً وافياً قبل أن يصبح قادراً على ممارسة العلاج، حتى يتنبه إلى العوامل اللاشعورية التي تؤثر على تفكيره وسلوكه وتصرفاته إزاء المرضى، وحتى لا يكون خاضعاً في أحكامه وتفسيراته لتأثير العوامل الشخصية اللاشعورية.

ويرتكز أسلوب التحليل النفسي التقليدي على أساس مفهوم الصراع بين الأجهزة النفسية.. ذلك الصراع الذي يؤدي إلى نشوء القلق النفسي. كما يعرف المحللون النفسيون العصاب بأنه عبارة عن "حل مرضي للصراع الأوديبي Oedipal conflict،

يصل إليه الأنا الذي يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب اللذان ينتجان عن التوتر بين الأنا والهو، أو الأنا الأعلى والهو، أو الأنا الأعلى والأنا (G. Blank, 1976, P.63). ولذلك يستهدف التحليل تقليدياً التعامل مع الدفاع (تحليل المقاومة) من ناحية وتحويل اللاشعوري إلى شعوري من ناحية أخرى.

وتبدأ أولى خطوات التحليل النفسي عادة باستلقاء المريض على أريكة مريحة وهو يعطى ظهره للمحلل، وبذلك لا يرى المريض المحلل أثناء جلسة التحليل. وتساعد هذه الجلسة المريحة المريض على تداعي خواطره وأفكاره، وعلى حرية تفكيره، ونكوصه إلى طفولته الأولى أثناء جلسات العلاج. كما تساعد أيضاً على إسقاط مشاعره على المحلل، وبذلك يتيسر حدوث التحويل أو الطرح^(٢٩). وأهم الملامح الأساسية للتحليل النفسي ما يلي:

١- التداعي الحر:

استخدم فرويد التداعي الحر حتى يقلل من تأثيره شخصياً على مجرى تفكير المريض. ويساعد التداعي الحر على الوصول إلى اللاشعور وخروج مكنوناته الأساسية إلى حيز الشعور خاصة عندما تتخفف المقاومة. ويعتبر التداعي الحر بمثابة القاعدة الأساسية للتحليل النفسي. وخلال جلسة التحليل يتم تشجيع المريض على أن يذكر كل ما يجول بخاطرهم من أفكار بصرف النظر عما إذا كانت تلك الأفكار تبدو له معقولة أو غير معقولة، أو يبدو أن لها علاقة بالمشكلة أم لا. وقد رأى فرويد أن هذه التداعيات الحرة تؤدي في النهاية إلى الكشف عن مجالات هامة مكبوتة في اللاشعور عند المريض. ويساعد منهج التداعي الحر على إسقاط الضوابط والدفاعات التي تكف المريض وتمنع مكونات اللاشعور من الخروج إلى حيز الشعور. كذلك يقوم المحلل النفسي خلال جلسة التحليل بالكثير من الملاحظات على طبيعة التداعيات ودلالاتها، كما يلاحظ توقف المريض عن الاسترسال في الكلام، وفلتات اللسان، والحركات والأوضاع الجسمية، والتعبيرات الانفعالية. وتمده هذه الملاحظات ببعض الاستبصارات حول مكنونات اللاشعور عند المريض.

٢- تحليل الأحلام:

أطلق فرويد على الأحلام اسم "الطريق الملكي إلى اللاشعور". ويرى فرويد أنه خلال النوم يسقط الشخص الضبط والمقاومة إلى حد كبير. وينتج ذلك لبعض المادة المكبوتة أن تعبر عن نفسها في الأحلام. ونظراً لأن الشخص النائم لا يسقط ضوابط الوعي كلية، فإن مكنونات اللاشعور تظهر في الأحلام بصورة رمزية ومشوهة. ذلك

أنها لو ظهرت على حقيقتها لسببت للمريض إزعاجاً شديداً يوقظه من نومه. وقد ميز فرويد بين ما أسماه بالمحتوى الظاهري والمحتوى الكامن للحلم. ويشير المحتوى الظاهري للحلم إلى تلك المحتوى المشوه والرمزي الذي يشهده الشخص في الحلم. أما المحتوى الكامن للحلم فهو عبارة عن المعنى الحقيقي واللاشعوري للحلم.

وتستخدم مادة الحلم خلال جلسات التحليل. حيث يطبق المحلل أسلوب التداعي الحر على المحتوى الظاهري للحلم. ويمكنه بذلك الكشف عن المعنى الحقيقي للحلم. ويستعين المحلل أيضاً بما يعرف عن الدلالات الخاصة لبعض الرموز في الأحلام، والتي تقرب المحلل من فهم دلالة الحلم.

٣- التنفيس:

يتم من خلال التداعي الحر التنفيس^(٣٠) عن الانفعالات التي ظلت مكبوتة زمناً طويلاً، وبذلك تخف وطأتها وضغوطها على المريض.. ومع ذلك لا يعتبر التنفيس وحده كافياً للعلاج في نظر جبهة المحللين.

٤- المقاومة:

وهي إحدى المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي. تعرف المقاومة^(٣١) بأنها استخدام الدفاعات^(٣٢) في موقف التحليل. وهذه المقاومة يمكنها أن تؤثر على التداعي الحر والأحلام والذكريات حيث تعمل المقاومة على منع خروج الأفكار والدوافع المشينة أو المحرمة من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور. فالمريض يقاوم محاولات الوصول إلى الصراعات المكبوتة في اللاشعور. وقد تظهر المقاومة في شكل تردد المريض أو تخوفه عند اقتراب جلسة التحليل، أو في نسيانه للمواعيد مع المحلل أو تأخره عنها، أو الحديث عن أشياء لا علاقة لها بالموضوع، أو عدم سماع ما يقوله المحلل النفسي للمريض، أو حتى في شكل الاستخفاف بالمحلل. وهذا الاستخدام اللاشعوري للمقاومة قد يخدع المحلل ويحيره. ووظيفة المقاومة هنا أنها تحمي الشخص من مواجهة الألم ومشاعر الذنب والقلق والدوافع غير المقبولة، كما أنها تحميه من التغيير الذي يهدد نمط توافقه الحالي (التوافق المرضي).

ومن الضروري فهم تلك المقاومة وتفسيرها حتى ينفذ الطريق إلى المضمون اللاشعوري الذي تقف المقاومة حائلاً دونه. ويؤدي ذلك إلى مزيد من الصراعات ومن المقاومة التي يتعين على المحلل النفسي أن يواجهها. والمقاومة - مثلها في ذلك مثل الطرح - يمكن الاستفادة منها كأداة علاجية قيمة إذا أحسن المحلل تناولها. ويجب

30- Catharsis

31- Resistance

32- Defenses

التغلب على المقاومة إذا أريد للعلاج أن يحقق التقدم. ويعتمد المحلل في تناوله للمقاومة على التفسيرات التي ترتبط أيضاً بعمليات الطرح أو التحويل.

٥- التفسير:

وهو الأداة الرئيسية التي يستخدمها المحلل، بحيث يؤدي إلى حدوث الاستبصار لدى المريض... فمن خلال التزام المريض بالتداعي الحر تبدأ في الظهور بعض عناصر ومكونات اللاشعور التي لم تكن بادية من قبل. ويساعد المحلل النفسي على تجميع هذه العناصر معاً في صورة ذات معنى من وجهة نظر التحليل النفسي... وتتم عملية التفسير على مراحل جزئية متعددة أثناء عملية التحليل النفسي. ويأخذ المحلل سبيل الحذر عند تقديمه التفسيرات إلى المريض، بحيث يقدم التفسيرات في الوقت المناسب، وذلك عندما يكون المريض مستعداً لذلك، حتى لا تتعرض تلك التفسيرات للرفض من جانب المريض لأنها جاءت قبل الوقت المناسب.

٦- النكوص:

ويعنى النكوص^(٣٣) عودة المريض إلى مراحل قديمة مرت به في طفولته الأولى، كأنما يحياها ذلك المريض -انفعالياً- من جديد. وبإحياء تلك الصراعات القديمة التي تعود للظهور في ظل النكوص، يتسنى للمحلل تفسيرها وحل الصراع. فالنكوص هنا في خدمة "الأنا" ويهدف إلى تحقيق مزيد من النضج عند المريض.

٧- التحويل أو الطرح:

يرى المحللون أن عملية الطرح^(٣٤) ظاهرة تحدث بصورة عادية في حياتنا اليومية. وهي عبارة عن عملية إسقاط للمشاعر التي ارتبطت في الماضي بأشخاص مروا في حياتنا من قبل، خاصة الأشخاص ذوي السلطة أو العطاء كالآباء والمدرسين والأطباء ورجال البوليس والأقارب والأصدقاء وغير ذلك. ويستخدم المحلل النفسي ظاهرة الطرح في عملية العلاج التحليلي. ويتكرر طرح المشاعر العصابية خلال جلسات التحليل بحيث يطلق عليه عصاب الطرح، حيث يعيش الشخص من جديد خلال الجلسات ذلك العصاب الذي أيقظته أو أحيته عملية التحليل النفسي.

ومهمة المحلل النفسي خلال جلسات التحليل مساعدة الشخص على التغلب على work through على عصاب الطرح. ففي موقف التحليل يمكن للشخص التعرف على عصاب الطرح، وإدراكه وحله. وهو بذلك يساعد المريض على التغلب على عصاب الطرح الذي يؤثر على علاقاته الاجتماعية في حياته اليومية.

33- Regression.

34- Transference

٨- الطرح المضاد:

لا تكتمل مناقشة عملية الطرح دون الإشارة إلى عملية الطرح المضاد^(٣٥). ويشير التحويل أو الطرح المضاد إلى تلك المشاعر اللبديية أو العدوانية التي يتعرض لها أو يعانيتها المحلل النفسي ذاته خلال تعامله وتحليله للمريض. فالمعالج النفسي إنسان يأتي إلى جلسة العلاج وهو منقل بمشكلاته الشخصية الأسرية والمالية والمهنية وغيرها. وإذا لم يكن المعالج النفسي على وعى بمشكلاته الشخصية الخاصة فإنها يمكن أن تؤثر دون شك على إدراكاته ومشاعره وتصرفاته إزاء المريض، بحيث أنه يرى شخصية المريض من خلال ظروفه الشخصية الخاصة. والسبيل إلى التغلب على هذه المشكلة هو التحليل النفسي الذاتي، أو أن يذهب المحلل إلى محل آخر يساعده في التحرر من وطأة عمليات الطرح المضاد. وهذا في الواقع مطلب رئيسي قبل ممارسة التحليل النفسي. وبذلك يتحرر المحلل النفسي من تأثير صراعاته الداخلية ودفاعاته الخاصة، ويتمكن من التعامل مع المريض بصورة أكفاً تمكنه من إجراء تحليل نفسي جيد.

الأشكال المعدلة من العلاج النفسي التحليلي:

مر العلاج النفسي التحليلي بكثير من التطورات وذلك استجابة للحاجات المختلفة والمتنوعة للمرضى النفسيين (S. B. Kutash, 1983). وقد أدى ذلك إلى ظهور علاجات تحليلية معدلة عديدة. وتشترك هذه العلاجات التحليلية في عدد من العناصر الأساسية، منها العلاقة العلاجية، والتنقيس والاستبصار (الانفعالي والعقلي)، والتغلب على المقاومة، ومواجهة المشاعر المكبوتة ومحتويات اللاشعور، واختبار الواقع، وترجمة الاستبصارات إلى تغيرات أكثر فاعلية في سلوك الفرد.

وتمثل بعض هذه الاتجاهات المعدلة تطويراً لنظريات جديدة، بينما يمثل بعضها الآخر تطويراً لأدوات أو أساليب علاجية جديدة. وفي بعض الأحيان يشتمل التطوير على التأكيد على مرحلة واحدة من مراحل العلاج. كما اشتملت بعض هذه التطورات على تحول الاهتمام من الهو إلى الأنا الأعلى.

ويصنف كوتاش (ibid) هذه التعديلات على النحو التالي:

أولاً: العلاجات التحليلية المختلفة أيديولوجياً عن التحليل الفرويدي الكلاسيكي:

١- النظريات اللافرويدية:

أ - علم النفس الفردي لألفرد آدلر Alfred Adler.

- ب- علم النفس التحليلي لكارل يونج Carl Jung.
- ج- علاج الإرادة لأوتو رانك Otto Rank.
- ٢- النظريات الفرويدية المحدثّة التي تؤكد على دور الثقافة:
- أ - النظرية الكلية لكارن هورني Karen Horney.
- ب- مدرسة العلاقات الشخصية لهاري ستاك سليفان Harry Stack Sullivan.
- ج- النظرية الثقافية لإريك فروم Erich Fromm.

ثانياً: العلاجات المختصرة المدة:

- ١- العلاج التحليلي النفسي النشط لشتيكل Stekel.
- ٢- مدرسة شيكاجو للعلاج التحليلي المختصر الوقت.

ثالثاً: توسعات التحليل النفسي الفرويدي

- ١- نظرية العلاقة بالموضوع Object-Relations.
- ٢- المراحل الثمانية لإريكسون Erikson.
- ٣- تحليل الخلق لويلهم رايش Wilhelm Reich.
- ٤- نظرية كوهوت في علاج اضطرابات الخلق النرجسي.

رابعاً: التعديلات المبنية على التأكيد على علم نفس الأنا:

- ١- على نفس الأنا لفيديرن Federn، وعلاج حدود الأنا.
- ٢- العلاج التحليلي التفاعلي لولمان Wolman.

خامساً: محاولات ربط النظرية التحليلية بنتائج التجريب السيكلوجي:

- ١- نظرية ماورر Mowrer في التعلم.
- ٢- تفسيرات ميلر ودولارد Dollard & Miller لنظرية التعلم والتحليل النفسي.
- ٣- ربط علم النفس الإدراكي بالتحليل النفسي عند إيتلسون Ittelson وكوتاش Kutash.
- ٤- التجديدات في الأدوات النفسية للتحليل.
- ٥- العلاج التحليلي الجمعي.
- ٦- العلاج التحليلي باللعب.

مثال للعلاج التحليلي:

عرض ستيفين بيكر (Stephen Baker, et al, 1995, P.217-218) لإحدى الحالات التي تم علاجها بأساليب العلاج النفسي الدينامي. فقد جاءت المرأة التي أطلق عليها اسم ماجي إلى العيادة النفسية الخارجية تطلب العلاج من حالة الاكتئاب النفسي التي تعاني منها. وقد انصب شعورها بالضيق الشديد على الطريقة التي كانت تعامل بها كلبها الصغير بافي. فقد كانت تحب كلبها الصغير كثيراً. وقد عبرت عن أسفها لأنها وجدت نفسها مؤخراً تعامله بقسوة شديدة. فقد كانت تركله بقدمها، وتقفه إلى الحائط، وتشد شعره، وتمرجحه من ذيله حولها. وقد أكدت أنه لم يفعل شيئاً يجعله يستحق هذا العقاب. فهو كلب صغير ولطيف ولا يؤذي أحداً. وقد شعرت ماجي بالحيرة الشديدة لهذا السلوك الغريب، وغمرتها مشاعر الذنب، وتأنيب الذات، والحزن لمعاملتها بافي بهذه القسوة. وطوال الأسابيع التالية في العلاج استمرت ماجي تعبر عن ألمها للمعاناة التي سببتها لبافي، والتي بدا أنها لا تستطيع التوقف عنها. غير أنه في إحدى الجلسات التالية كشفت ماجي أنها سبق لها الزواج من رجل كان شديد القسوة عليها نفسياً وبدنياً. وقد وصل بها الغضب -الذي لم تكن تستطيع التعبير عنه- إلى الحد الذي جعلها تنتقم منه بتركه دون سابق إنذار، ودون أن تتبس بكلمة واحدة. وانتقلت إلى مكان بعيد، وغيرت حياتها تماماً، ولم تنظر بعد ذلك إلى الوراء.

ومع مزيد من الاستقصاء حول زواجها السابق، ولدهشة المعالج النفسي، كشفت ماجي عن أنه كان لديها طفلان صغيران تركتهما مع الزوج حين رحلت هرباً من سوء المعاملة. وقد استمر المعالج النفسي في استفساراته عن التفاصيل حول طفليها الذين تركتهما وراءها، وذكرها المعالج في نفس الوقت بشعورها بالذنب والألم لإيذائها لكلبها. وبعدئذ، ولما يقرب من نصف الساعة، غمرها فيض من مشاعر الألم والذنب، صاحب وصولها للاستبصار الحاد الملىء بالانفعالات. فقد أدركت ماجي أنها كانت من خلال إيذائها لكلبها الصغير، تعاقب نفسها على تركها لأطفالها الصغار. فلقد كانت تتجنب مشاعرها نحو أطفالها، بينما تشعر بالذنب والألم وكراهية النفس بسبب إيذائها لكلبها. فلقد اضطرت ماجي لأن تترك زوجها الذي أساء معاملتها بطريقة فجائية وانتقامية. ولكي تعمل ذلك لم يكن بمقدورها أن تشعر بالألم والذنب لتركها أطفالها. ومع ذلك فقد كانت مشاعر الألم والذنب موجودة في حيز اللاشعور. وقد دأبت على التعبير عن تلك المشاعر بطريقة مقنعة من خلال إيذائها الاندفاعي لكلبها، والذي جعلها تكره نفسها.

وبمصطلحات التحليل النفسي فإن المشكلة بينها وبين كلبها يمكن تصورها على أنها الحل الذي وجده الأنا للتوفيق بين حاجة الهو للإنفصال الانتقامي عن زوجها،

وبين الحكم الأخلاقي للأنا الأعلى عليها لتركها لأطفالها. وقد انعكس هذا التوفيق في قدرة ماجي على القيام بترك زوجها بصورة انتقامية، دون أن تعلن شعورياً من الذنب والألم لتركها أطفالها. وقد وجد الأنا الأعلى طريقة لتحقيق مشاعر الذنب والألم من خلال معاملتها القاسية لكلبها، والتي كانت مختلفة أو متخفية بما فيه الكفاية عن حقيقة تركها لأطفالها، حتى تظل تلك الحقيقة خافية عن الوعي.

ومع وصولها للاستبصار الذي ربط بين مشاعر الألم والذنب وبين معاملته لكلبها، بدأت ماجي تشعر ببعض التغيرات الجوهرية. فلقد توقفت معاملتها القاسية لكلبها فوراً. وثانياً، بدأت تتكلم عن مشاعر الألم والذنب الحادة حول أطفالها الذين فقدتهم عندما هربت من زوجها. وكنيجة لذلك فقد قررت في النهاية أن تجمع شملها معهم، ونجحت في ذلك فعلاً.

تعقيب على تطور الاهتمام التحليل النفسي :

مر التحليل النفسي بمراحل من الازدهار والانحسار (Ruth, 2011). فقبل الحرب العالمية الثانية كان هناك عدد محدود من المتخصصين في التحليل النفسي. وعندما نشبت الحرب العالمية الثانية بكل أهوالها زادت الحاجة للمتخصصين في العلاج النفسي لمساعدة المجندين الذين يعانون من المشكلات النفسية والتي من أهمها آثار الصدمات النفسية على المحاربين. وقد تم تعيين الكثير من الأخصائيين النفسيين في إدارة المحاربين القدماء. وفي نفس تلك المرحلة تم إنشاء المعهد القومي للصحة النفسية بالولايات المتحدة National Institute of Mental Health. كما تبنت بعض الجامعات المسار التحليلي في تدريب وإعداد الأخصائيين النفسيين. كما تزيد انتشار التحليل النفسي في عدد من البلاد الأخرى مثل بريطانيا والدول الاسكندنافية. وقد بلغ التحليل النفسي أوج انتشاره في منتصف الستينات وبدأ بعد ذلك في مسيرة الانحسار. ولعل من أهم أسباب هذا الانحسار رفض المحللين النفسيين إخضاع التحليل النفسي للدراسة العلمية المحكمة لتبيان مدى فاعليته أو كفايته. كما أسهم في هذا الانحسار التكاليف الباهظة للتحليل النفسي الذي يتطلب إجراء جلسات التحليل النفسي خمس مرات في الأسبوع وذلك لعدة سنوات. كما أسهمت في ذلك ثورة العقاقير في الخمسينات واستخدام العقاقير النفسية في علاج الذهان. ولعل أهم المؤثرات في هذا الصدد ظهور أساليب جديدة للعلاج النفسي خاصة العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

الفصل العاشر

العلاج السلوكي: مقدمة

الفصل العاشر

العلاج السلوكي: مقدمة

لمحة تاريخية :

تعود بدايات الاتجاه السلوكي في علم النفس إلى أوائل القرن الحالي. وقد ساد علم النفس قبل ذلك (في أواخر القرن الماضي وبدايات القرن العشرين) اتجاهان رئيسيان؛ هما الاتجاه البنائي، والاتجاه الوظيفي. وقد اعتمد كلاهما على الاستبطان^(١) منهجاً مقبولاً لدراسة حالات الشعور. إلى أن جاء واطسون وقاد الثورة السلوكية رافضاً الذاتية الغالبة على منهج الاستبطان. وقد استند واطسون كثيراً في نظريته على دراسات الارتباطات الشرطية التقليدية التي قام بها بافلوف ورفاقه في روسيا (الاتحاد السوفياتي سابقاً).

على أن من الممكن أن نشهد أمثلة لاستخدام الأساليب السلوكية في محاولة تغيير سلوك الإنسان منذ أقدم العصور في التاريخ البشري. فهناك الكثير من الأمثلة على استخدام أساليب الثواب والعقاب، أو الترغيب، والترهيب، أو الإقناع أو الإيحاء، أو التشجيع وإعطاء القدوة، وذلك بهدف تغيير السلوك غير المرغوب عند الأفراد أو الجماعات. بل إن القرآن الكريم حافل بالأمثلة على استخدام أساليب الترغيب والترهيب، خاصة بإعطاء صور حية تملأ الخيال فيستشعرها القارئ المتمعن، ويتأثر بها، وكأنما هي حقيقة لا خيال. وهو ما يذكرنا باستخدام المعالجين السلوكيين والمعرفيين المحدثين للمخيلة في العلاج النفسي.

أما العلاج السلوكي بصورته الحديثة فيعود إلى أوائل القرن الحالي، وذلك عندما أجرى واطسون وراينر Watson & Rayner تجربتهما الشهيرة على الطفل ألبرت، وذلك في سنة ١٩٢٠. وقد كانت روزالي راينر تلميذة لواطسون (وقد تزوجها فيما بعد). وقد طبقا في هذه التجربة مبادئ الارتباط الشرطي الكلاسيكي لإحداث الخوف من الفئران عند أحد الأطفال. ولقد قام واطسون وراينر بإجراء تجربتهما على طفل صحيح يبلغ من العمر أحد عشر شهراً. واستهدفت التجربة إحداث استجابة الخوف من الفئران البيضاء عند الطفل ألبرت الذي لم يكن لديه أي خوف منها أصلاً. وعندما رأى الطفل الفأر لأول مرة بدا أنه يريد أن يلعب معه، ويحاول الاقتراب منه. وكلما

1 - Introspection.

حاول الطفل الاقتراب من الفأر أخذ المجرب في إحداث صوت مرتفع جداً، وذلك بطرق قضيب معدني خلف الطفل، مما كان يثير الفزع الشديد عند الطفل. وبعد تكرار ذلك الإجراء خمس مرات فقط أصبح الطفل يخلف جداً من مجرد رؤية الفأر. أى أنه حدث ارتباط شرطى بين الخوف من الصوت المرتفع وبين منظر الفأر الأبيض. وتفسر لنا هذه التجربة كيفية حدوث الخوف عن طريق الارتباط الشرطى. وقد لوحظ أيضاً حدوث عملية تعميم generalization لاستجابة الخوف، بحيث أصبح الطفل يخاف من الأشياء ذات الملمس المشابه لملمس الفأر، كالفراء والقطن.

وقد اقترح واطسون أن من الممكن التغلب على هذا الارتباط الشرطى من خلال استخدام بعض الطرق مثل الانطفاء التجريبي^(٧)، أو من خلال إعادة الربط الشرطى، وذلك بإطعام الطفل الحلوى في حضور الشيء الذى يخاف منه، أو بترتيب استجابة منافسة لاستجابة الخوف. إلا أنهما لم يحاولا تجربة أى من هذه الطرق مع الطفل ألبرت لأنه ترك المستشفى بعد ذلك.

وقامت ماري كفر جونز Mary Cover Jones بعد ذلك بقليل بإجراء تجربة تعتبر امتداداً لتجربة واطسون وراينر. فقد كانت تجربتها عبارة عن محاولة علاج الخوف بتطبيق أفكار واطسون. والجدير بالذكر أن ماري كفر جونز كانت صديقة لروزالى راينر، كما أنها كانت تستشير واطسون (الذى كان قد ترك الجامعة للعمل في مجال الإعلان) في تصميم برامج العلاج. وقد نشرت ماري كفر جونز تجربتها في سنة ١٩٢٤ (Mary C. Jones, 1976, A). ولقد أجرت تجربتها على الطفل بيتر الذى كان يبلغ من العمر ثلاث سنوات، وكان يعاني من خوف شديد من الفئران البيضاء ومن الأشياء المشابهة كالمعطف المصنوع من الفراء، وكذلك من الأرانب. ولعلاج الطفل كان يتم إحضاره إلى المختبر مع ثلاثة أطفال آخرين ممن لم يكن لديهم أى خوف من الأرانب. وكان دور هؤلاء الأطفال هو إعطاء القدوة للطفل بيتر. وكان يتم في البداية وضع الأرنب على بعد ١٢ قدماً من الأطفال الذين يلعبون معاً في المختبر. وكان يتم تقريب هذه المسافة تدريجياً كل يوم. وفي النهاية أمكن جعل الطفل بيتر يلعب مع الأرنب ويلطفه دون أن يظهر عليه الخوف. كذلك فقد اختفى خوفه من الأشياء المشابهة أو انخفض الخوف لديه انخفاضاً كبيراً.

وقامت ماري كفر جونز بإجراء دراسة أخرى للمقارنة بين سبعة أساليب لعلاج المخاوف (Mary C. Jones, 1924, B). وكانت الأساليب السبعة موضوع المقارنة على النحو التالي:

١- طريقة عدم الاستخدام disuse وذلك بعدم تعريض الطفل لموضوع الخوف.

- ٢- طريقة إقناع الطفل لفظياً verbal appeal.
- ٣- طريقة التكيف السلبي، وذلك بتعريض الطفل بشكل متكرر لموضوع الخوف.
- ٤- طريقة الكبت، وذلك بنقد الطفل وتأنيبه على خوفه.
- ٥- طريقة التثيت، وذلك بإعطاء الطفل حلوى مثلاً حين يبكي.
- ٦- طريقة الارتباط الشرطي المباشر: بربط مثير الخوف بمثير آخر موجب، مثل إعطاء طعام في حالة وجود موضوع الخوف على مسافة ملائمة يتحملها الطفل.
- ٧- طريقة المحاكاة الاجتماعية.

وقد أظهرت التجربة أن طريقتي الارتباط الشرطي المباشر والمحاكاة الاجتماعية (الأخيرتين) فقط نجحتا في إزالة الخوف نجاحاً تاماً.

ورغم ما أظهرته هذه التجارب من نجاح في التغلب على المخاوف باستخدام أساليب الارتباط الشرطي، فلقد ظلت هذه الحقائق بمنأى عن التطبيق الفعلي في العلاج النفسي. وربما يرجع ذلك إلى أن مبادئ الارتباط الشرطي-المستمدة من دراسة الحيوانات في المختبر- واجهت الرفض لأنها كانت في نظر المعالجين النفسيين في ذلك الوقت بالغة التبسيط، ولا تتعلق بعلاج المشكلات الانسانية الحقيقية التي تتصف بالتعقيد والتشابك. (G.T. Wilson & O'Leary, 1980). ومن التطبيقات العلاجية الجديرة بالذكر في فترة ما قبل الحرب العالمية الثانية ابتكار عالم النفس الأمريكي ماورر Mowrer وزوجته لأسلوب الجرس والوسادة bell-and-pad لعلاج التبول الليلي عند الأطفال، والذي ما زال يستخدم حتى وقتنا الحاضر، وب نجاح كبير.

ولم يبدأ الموقف في التغير إلا بعد الحرب العالمية الثانية. وقد واكب ذلك التطور النمو المتزايد لخدمات الصحة النفسية بوجه عام، ولعلم النفس الاكلينيكي بشكل خاص. وكان هناك عدد من المؤشرات الهامة على هذا التغير. فلقد نشر أيزنك مقالاً في سنة ١٩٥٢ بعنوان: "آثار العلاج النفسي: تقييم"، وكان من أكثر المقالات إثارة للجدل والخلاف. وفي هذا المقال انتهى أيزنك إلى أنه لا يوجد دليل علمي يؤيد القول بأن العلاج النفسي (التقليدي) فعال في علاج الأمراض النفسية... ودعا المعالجين النفسيين إلى أن يثبتوا للناس ما يبرر استمرارهم في ممارسة العلاج النفسي.

وقد حاول بعض علماء النفس الخروج من هذا المأزق من خلال علمنة نظرية التحليل النفسي. فقام ميلر ودولارد Miller & Dollard على سبيل المثال بإعادة صياغة نظرية التحليل النفسي على أساس علم النفس التجريبي ونظريات التعلم. (للمزيد من التفاصيل، أنظر مثلاً: عماد الدين اسماعيل، وآخرين، ١٩٥٩).

على أن حركة العلاج السلوكي لم تبدأ بالفعل كحركة شاملة لتطوير العلاج النفسي إلا في منتصف الخمسينات، وذلك باستثناء بعض الأمثلة المتفرقة لاستخدام

مبادئ الارتباط الشرطى فى علاج بعض مشكلات السلوك. ففى الخمسينات يمكننا أن نلمح ثلاثة إسهامات بارزة فى تطور العلاج السلوكى وترسيخ قواعده.

الإسهامات الأساسية فى نشأة العلاج السلوكى:

أولاً: الارتباط الشرطى الفعال وتعديل السلوك:

ويتمثل أول هذه الإسهامات فى جهود سكينر وزملائه فى مجال الارتباط الشرطى الفعال operant conditioning. فبعد الوصول إلى صياغة المبادئ أو القوانين الأساسية لتعلم السلوك واكتسابه اتجه الاهتمام إلى تطبيق تلك المبادئ خارج المختبرات العلمية. وقام علماء النفس بمحاولة تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى الفعال فى مجال مساعدة الأشخاص المتخلفين عقلياً، والأشخاص الفصاميين، وفى علاج اللجاجة. وقد قام سكينر وزملاؤه فى أوائل الخمسينات بدراسة استخدام الارتباط الشرطى الفعال مع المرضى العقليين. كما استخدمت مبادئ الارتباط الشرطى الفعال -فى منتصف الخمسينات- على نطاق واسع فى الفصول الدراسية العامة وفى فصول التربية الخاصة. وأثبتت هذه المبادئ قيمتها فى تعليم الأشخاص المتخلفين عقلياً، وكذلك المرضى العقليين المزمنين. وسمى هذا الاتجاه باسم التحليل التطبيقي للسلوك^(٣). ومازال لهذا الاتجاه أنصاره بين علماء النفس، كما أن هناك تنظيمات تجمع هؤلاء الأنصار خاصة رابطة التحليل السلوكى بالولايات المتحدة ABA.

ثانياً: ولبه والكف التبادلى:

أما الإسهام الثانى فيتمثل فى جهود ولبه Wolpe والتى شاركه فيها فى البداية ألبرت لازاروس A. Lazarus. وقد ركز ولبه على تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى كما طورها بافلوف Pavlov وتلاميذه. وابتكر ولبه أسلوباً جديداً فى العلاج السلوكى أصبح فيما بعد من أشهر أساليب العلاج السلوكى، ألا وهو أسلوب التظمين المنظم^(٤) لعلاج المخاوف المرضية.

بدأ ولبه حياته المهنية كطبيب نفسى فى جنوب أفريقيا، ثم توجه إلى تطبيق مبادئ الارتباط الشرطى الكلاسيكى، ونظرية كلارك هل فى علاج المشكلات النفسية. وقد طور على أساس ذلك مبدأ الكف التبادلى^(٥). وتبعاً لهذا المبدأ فإنه إذا أمكن إحداث استجابة مضادة للقلق فى حضور المنبهات المثيرة للقلق بحيث يتم كف استجابة القلق

3 - Applied behavior analysis.

4 - Systematic desensitization.

5 - Reciprocal inhibition.

كلياً أو جزئياً، فإن ذلك يؤدي إلى إضعاف الرابطة بين تلك المنبهات واستجابات الخوف أو القلق. وقد استخدم ولبه وزملاؤه بعض أشكال السلوك المضادة للقلق مثل الاسترخاء العضلي، والسلوك الجري اجتماعياً في أسلوب التطمين المنظم. وأثبت هذا الأسلوب نجاحه في علاج المخاوف المرضية.

ثالثاً: أيزنك ومعهد الطب النفسي:

ويتمثل الإسهام الثالث في كتابات وبحوث هانز أيزنك في بريطانيا. فلقد وجه أيزنك انتقادات قوية للعلاج النفسي التقليدي (التحليلي)، وأكد أن نسبة الشفاء في ذلك العلاج لا تزيد على نسبة الشفاء التلقائي الذي يحدث دون أي علاج على الإطلاق. وقد عرف أيزنك العلاج السلوكي على أنه عبارة عن تطبيق نظريات التعلم الحديثة في علاج المشكلات السلوكية والانفعالية. وقام أيزنك وزملاؤه وتلامذته في بريطانيا والولايات المتحدة وغيرها من البلدان بدور هام في المراحل الأولى لتطور العلاج السلوكي. كما أسهم أيزنك وزملاؤه في تدريب عدد كبير من المعالجين السلوكيين.

وفي الستينات حدث تطور هائل في العلاج السلوكي، تمثل في ابتكار الكثير من أساليب واستراتيجيات العلاج السلوكي، وكذلك في اتساع نطاق استخدام العلاج السلوكي في علاج المشكلات النفسية. على أن تلك التطبيقات الأولى للعلاج السلوكي اتصفت في بعض الأحيان بالتبسيط الزائد الذي لا يتناسب مع تعقيد المشكلات النفسية، مما أثار حملة من النقد أدت بنورها إلى مزيد من التطوير لأساليب العلاج السلوكي. وبدأت تظهر بعد ذلك الاتجاهات والأساليب المعرفية في العلاج، والتي تأخذ في الاعتبار تلك الجوانب المعرفية المميزة للإنسان، مثل الأفكار، والاعتقادات، والمخيلة، وغيرها من الوظائف المعرفية الهامة.

وشهدت السبعينات مزيداً من النمو المطرد للعلاج السلوكي، ومزيداً من تراكم الخبرات والتجارب، وأصبح نجاح العلاج السلوكي وفعاليتيه موضع الاعتراف والقبول العام. واستمر الاهتمام بتطوير وتحسين الأساليب العلاجية، وابتكار وتطوير أساليب جديدة للعلاج.

العلاج السلوكي في مصر :

كان كثير من المختصين في علم النفس في مصر على اتصال بالتطورات السلوكية في العلاج النفسي. وقد اطلع المؤلف على كتاب ولبه المسمى Psychotherapy by reciprocal inhibition في عام ١٩٦٠ عندما كان طالباً بدبلوم علم النفس التطبيقي. وقد استعار هذا الكتاب آنئذ من مكتبة المركز الثقافي الأمريكي بالقاهرة.

وفيما بعد شارك المؤلف مع بعض الزملاء في استخدام العلاج السلوكي في علاج المشكلات النفسية في مستشفى بهمان بالقاهرة. وكان الدكتور مصطفى سوف يرأس الفريق السلوكي في مستشفى بهمان للصحة النفسية في حلوان. واستخدم الفريق أساليب التدعيم أو المكافأة في تنمية السلوك لدى الأشخاص المعاقين عقلياً. وكان يتم تدريب المشرفين والمشرفات أو المرافقين على استخدام أسلوب التدعيم. وكان يتم أيضاً قياس التغيرات السلوكية باستخدام بعض الأساليب أو الأدوات مثل مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي، والتي كانت تطبق قبل العلاج، وتطبق بشكل دوري بعد ذلك. وتم أيضاً استخدام بعض أساليب العلاج السلوكي مثل أسلوب الاسترخاء العضلي، وأسلوب التطمين المنظم في علاج المخاوف المرضية، وأسلوب التدريب السالب لعلاج اللزيمات الحركية.. وقد تابع المؤلف عن كثب (خلال زيارته لبريطانيا لدراسات ما بعد الدكتوراة في شتاء ١٩٧٥) استخدام برامج الاقتصاد الرمزي token economy في علاج المرضى الفصامين المزمنين، والتي كان يقوم بها روجر بيكر Roger Baker في إحدى مستشفيات الصحة النفسية في مدينة ليندز البريطانية.

تعريف العلاج السلوكي :

نظراً لتعدد الاتجاهات داخل حركة العلاج السلوكي فإن من الصعب أن نجد تعريفاً واحداً جامعاً مانعاً يرتضيه الجميع. وكما يقول كازدين وولسون فإن التعريف المبسط للعلاج السلوكي بأنه تطبيق نظريات التعلم الحديثة في علاج المشكلات النفسية قد أصبح في عداد التاريخ (Kazdin & Wilson, 1980). وقد أقرت رابطة تقدم العلاج السلوكي في سنة ١٩٧٥ تعريفاً حاول أن يغطي كل الجبهات كما يرى سيريل فرانكس (C. Franks, 1994)، وما زال هذا التعريف يحظى بقبول عام. وتبعاً لهذا التعريف فإن "العلاج السلوكي يتضمن أساساً تطبيق المبادئ المشتقة من علم النفس التجريبي وعلم النفس الاجتماعي في تخفيف المعاناة الإنسانية وفي تحسين أداء الإنسان لوظائفه. ويؤكد العلاج السلوكي على التقييم المنظم لفعالية تلك التطبيقات. كما يتضمن العلاج السلوكي تغيير البيئة والتفاعل الاجتماعي بدلاً عن التغيير المباشر للعمليات الجسمية بالوسائل الكيميائية. والهدف أولاً وقبل كل شيء هدف تربوي. ويسهل هذا الأسلوب حدوث التحسن في التحكم الذاتي. ويتم عادة عند ممارسة العلاج السلوكي التفاوض حول اتفاق تعاقدى، يتم فيه تحديد الأهداف المرغوبة من كل من الطرفين (المريض والمعالج) كما أن المعالجين السلوكيين الذين يشعرون بالمسؤولية يسترشدون بالمبادئ الأخلاقية التي تحظى بالقبول العام" (ibid, P. 99).

النموذج السلوكي للاضطرابات النفسية :

يختلف النموذج السلوكي عن النماذج الأخرى التحليلية والطبية. فهو يركز أساساً على السلوك، بدلاً من العوامل اللاشعورية التي يركز عليها التحليل النفسي، أو التغيرات البيوكيميائية التي يركز عليها الطب النفسي. والسلوك هو عبارة عن الاستجابات أو الأفعال التي يقوم بها الكائن الحي. وهناك ثلاث فئات من الاستجابات: الحركية، والфизиولوجية، والمعرفية.

وتشمل فئة الاستجابات الحركية أفعالاً مثل: المشي، والأكل، والكتابة، والحركة، الخ. وتشمل فئة الاستجابات الفسيولوجية استجابات مثل سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم، وتوصيل الجلد للكهرباء، والتوتر العضلي. أما فئة الاستجابات المعرفية فتشمل الإدراك، والتفكير، والتصور الذهني، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات. وأهم ما يميز النظرة السلوكية ذلك التركيز على مبدئين رئيسيين:

١- الموضوعية، في إجراء الملاحظات والتجارب.

٢- الإجرائية في تعريف المصطلحات والمفاهيم.

وبالنسبة للمتغيرات المعرفية يتعين ربطها بالمتغيرات السلوكية المصاحبة لها، مثال ذلك قياس الخيال الجنسي من خلال آثاره على التغيرات الفسيولوجية في الأعضاء التناسلية، وذلك باستخدام الأجهزة العلمية الخاصة بذلك.

التيارات الرئيسية في العلاج السلوكي :

هناك عدد من الاتجاهات المختلفة داخل نطاق العلاج السلوكي. وتعكس هذه الاتجاهات المختلفة مواقف نظرية مختلفة حول طبيعة السلوك الإنساني، أو تركيزاً على استخدام أساليب بعينها في العلاج، أو استخدام استراتيجيات معينة في تقييم آثار العلاج. ورغم تعدد هذه الاتجاهات المختلفة، فإنها لا تتعارض مع بعضها البعض. فكلها تنتمي إلى حركة واحدة تربط فيما بينها، ألا وهي حركة العلاج المبني على أساس مناهج الدراسة العلمية للسلوك، ونتائج تلك الدراسة.

أولاً: التحليل السلوكي التطبيقي:

يستند التحليل السلوكي التطبيقي بشكل مباشر على نظرية سكينر B. F. Skinner المسماة بنظرية الارتباط الشرطي الفعال^(١). ويستهدف التحليل السلوكي التطبيقي تغيير أشكال السلوك مع التركيز على:

- أ - مظاهر السلوك القابل للملاحظة والتي يراد تغييرها.
- ب- الظروف البيئية المحيطة والتي تتحكم في ظهور السلوك وفي زيادته أو نقصانه.
- ج- فالسلوك موضوع التعديل سلوك محدد يمكن ملاحظته وتقدير كميته وتحديد مدى الزيادة أو النقصان فيه. وأما الظروف البيئية فهي أساساً المدعمات^(٧)، وما يرتبط بتلك المدعمات من منبهات بيئية. ولعل أهم ما يميز التحليل السلوكي التطبيقي ذلك التركيز على السلوك الظاهري في المواقف التي يحدث فيها السلوك، واستخدام وسائل التدخل التي تعتمد على تغيير البيئة المحيطة بالفرد. ذلك لأن سلوك الفرد يتأثر بما يترتب عليه من نتائج سلبية كانت أو إيجابية، سارة أو مؤلمة.
- د- فالتحليل السلوكي يعمل على تغيير السلوك بالتحكم في المتغيرات البيئية المحيطة به. وتشمل الأساليب المستخدمة أساليب التدعيم، والعقاب، والانطفاء، وضبط المنبهات^(٨) (أنظر مثلاً: م. فراج، س. الملا، ١٩٧٦). وقد اشتق معظم هذه الأساليب من الدراسات المعملية للسلوك.
- هـ- وقد استخدمت أساليب التحليل السلوكي التطبيقي بنجاح كبير مع الأشخاص ذوي الإعاقات كالمتهلئين عقلياً، وكذلك المرضى العقليين المزمنين. ثم اتسع نطاق الاستخدام ليشمل فئات أخرى عديدة من الأسوياء كما هو الحال في الصفوف المدرسية.

ثانياً: العلاج السلوكي التقليدي:

ويستند العلاج السلوكي التقليدي إلى حد كبير على نظرية بافلوف في الارتباط الشرطي، بجانب إسهامات كلارك هل، وجنري، وماورر، وميلر. وقد استهدف المعالجون السلوكيون تطبيق هذه النظريات على علاج السلوك المرضي. والنموذج السلوكي لهذا العلاج هو نموذج المثير- الاستجابة، والذي تقوم فيه المتغيرات الوسيطة والمفاهيم الفرضية بدور بارز. ومن أهم تلك المفاهيم الفرضية مفهوم الخوف أو القلق. وقد استخدمت المخيلة في هذا العلاج، حيث يطلب من المريض تخيل المواقف أثناء العلاج بالتطمين المنظم مثلاً. إلا أن الفرض الأساسي عندئذ هو أن هذه العمليات المستترة^(٩)، تتبع نفس القوانين الخاصة بالسلوك الظاهري.

ومن أشهر الأساليب العلاجية في هذا التيار أسلوب التطمين^(١٠)، وأسلوب

7 - Reinforcers.

8 - Stimulus control.

9 - Covert

10- Systematic desensitization.

الغمر^(١١). ويستخدم هذان الأسلوبان في العمل على إحداث الإنطفاء للعلاقة القائمة بين المنبهات المحايدة (موضوع الفوبيا)، والقلق.

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي:

ترتبط نظرية التعلم الاجتماعي ارتباطاً وثيقاً باسم ألبرت باندورا Albert Bandura الذي طور ما أسماه بالتعلم من خلال القدوة^(١٢) والتعلم من خلال العبرة^(١٣). وينطوي التعلم بأسلوب القدوة على ملاحظة السلوك المراد تعلمه عندما يقوم به الشخص القدوة. ويحدث التعلم من خلال الملاحظة فقط دون حاجة إلى استخدام التدعيم المباشر للسلوك النوعي المطلوب تعلمه.

ويؤكد باندورا أن السلوك دالة للتفاعل بين ثلاثة عوامل رئيسية هي: السلوك، والبيئة، والعوامل المعرفية. وتؤكد هذه النظرية أيضاً على قدرة الإنسان على تغيير سلوكه بالتوجيه الذاتي، وذلك من خلال العمليات المعرفية. فسلوك الفرد يتأثر بثلاث فئات من العوامل المؤثرة:

أ - المنبهات الخارجية: وهذا ما تركز عليه نظرية الارتباط الشرطي التقليدي لبافلوف.

ب- المدعمات التي تعقب السلوك: وهو ما اهتمت به نظرية الارتباط الشرطي الفعال لسكينر.

ج- العمليات المعرفية الوسيطة: فكل من المنبهات والمدعمات إنما هي مصدر للمعرفة التي يستخدمها الفرد لمعرفة السلوك الملائم في أي موقف من المواقف. وبالتالي تصبح هذه العمليات المكتسبة هادياً لسلوك الفرد. وعلى خلاف النظريات التقليدية يرى أصحاب الاتجاه السلوكي المعرفي أن عواقب السلوك أو نتائجه تؤثر على السلوك أو تغيره من خلال عمليات وسيطة هي عمليات التفكير. فالسلوك هو عبارة عن دالة للتفاعل بين البيئة وبين العوامل المعرفية والداخلية الأخرى. وهناك تفاعل مستمر وتبادل للتأثير والتأثر بين العناصر الثلاث لهذه المعادلة: السلوك، والبيئة، والعوامل المعرفية. كذلك فإن نظرية التعلم الاجتماعي تؤكد على قدرة الإنسان على تغيير سلوكه بالتوجيه الذاتي، وذلك من خلال العمليات المعرفية.

11- Flooding.

12- Modeling.

13- Vicarious learning.

رابعاً: العلاج السلوكي المعرفي:

لا شك أن علم النفس قد أخذ في السنوات الأخيرة مساراً معرفياً. وأصبح هذا المسار بمثابة الاتجاه السائد في علم النفس بوجه عام. وقد واكب ذلك في نفس الوقت اهتمام متزايد لدى المعالجين السلوكيين بالمفاهيم المعرفية كال تفكير والصور الذهنية والمخيلة وغير ذلك من المفاهيم المعرفية. والجديد أن علم النفس قد ربط هذه المصطلحات ربطاً تجريبياً بالمتغيرات القابلة للملاحظة، وذلك لكي يتمشى مع المتطلبات المنهجية للعلم.

ومن أبرز أعلام هذا الاتجاه ألبرت إليس Albert Ellis في نيويورك، والذي طور العلاج النفسي الذي يسمى (حالياً) باسم العلاج العقلاني السلوكي المعرفي Rational Emotive Behavior Therapy. وقد ظل ألبرت إليس يستخدم هذا العلاج خارج نطاق العلاج السلوكي، إلى أن اتسع نطاق العلاج السلوكي نفسه فيما بعد، وأصبح أكثر تقبلاً واستيعاباً للمفاهيم المعرفية. ومن أعلام هذا الاتجاه أيضاً آرون بيك Aaron Beck في بنسلفانيا، مؤسس ما يسمى بالعلاج المعرفي؛ وكذلك مايكنابام Meichenbaum في كندا والذي طور نظريته المسماة بالتعديل السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Modification.

تلك هي أهم الاتجاهات الرئيسية في العلاج السلوكي-المعرفي. ورغم تعدد هذه الاتجاهات فإن هناك عناصر أساسية مشتركة فيما بينها. ونستطيع أن نوجز أوجه التشابه في أمور ثلاث:

- ١- نموذج للسلوك الإنساني يختلف اختلافاً جوهرياً عن النموذج الذي قدمه العلاج النفسي الدينامي أو التقليدي.
 - ٢- الالتزام بالمنهج العلمي وبما يقتضيه من الموضوعية في الملاحظات، وبالإجرائية في تعريف المصطلحات، وباستخدام أساليب القياس الكمي والضبط في تحديد المشكلات وأهداف العلاج وتقييم نتائج العلاج.
 - ٣- التحديد الدقيق لطرق العلاج بحيث يستطيع أي معالج آخر أن يعيد استخدامها.
- وقد عرض ويلسون وأوليري (Wilson & O'Leary, 1980, P.25) للمبادئ الجوهرية للعلاج السلوكي على النحو التالي:
- ١- أن اكتساب السلوك المرضي واستمراره يتم وفقاً لنفس المبادئ التي تنطبق على السلوك السوي.
 - ٢- أن معظم السلوك المرضي يمكن تعديله من خلال تطبيق مبادئ التعلم الاجتماعي.

- ٣- أن تقدير السلوك وقياسه عملية مستمرة تركز على فحص المحددات الحاضرة للسلوك.
- ٤- أن أفضل وصف ممكن للشخص يتم بتحديد كيف يفكر ويشعر ويتصرف في مواقف نوعية محددة.
- ٥- أن العلاج مستمد من النظريات والنتائج التجريبية لعلم النفس العلمي خاصة مبادئ التعلم الاجتماعي.
- ٦- أن طرق العلاج محددة تحديداً دقيقاً، بحيث أنها قابلة للإعادة replicable ويمكن تقييم فعاليتها موضوعياً.

الفصل الحادي عشر
أساليب العلاج السلوكي

الفصل الحادي عشر أساليب العلاج السلوكي

نعرض هنا لبعض أساليب العلاج السلوكي التي أثبتت فعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية. غير أننا لا نهدف هنا إلى حصر كل أساليب العلاج السلوكي، بل سيقصر الحديث على أهم أو أشهر تلك الأساليب. وننوه هنا بأن العلاج السلوكي في تطور مستمر يتضح في تطوير أساليب جديدة للعلاج لم تكن موجودة من قبل. فالعلاج السلوكي باعتباره تطبيقاً لعلم النفس العلمي (المنهجي) يفتح المجال أمام الإبداع العلمي للمعالجين السلوكيين لابتكار أساليب جديدة كل ما يشترط فيها هو استيفاء الشروط العلمية كالموضوعية، والقابلية للإعادة، وأن تثبت نجاحها في تغيير السلوك. ولعل أشهر وأهم أساليب العلاج السلوكي على وجه الإطلاق أسلوب التظمين المنظم.

أولاً: أسلوب التظمين المنظم :

تمتد الجذور المباشرة لأسلوب التظمين المنظم إلى معمل علم النفس التجريبي، خاصة تلك التجارب التي أجريت في مجال العصاب التجريبي⁽¹⁾. والنموذج الأساسي لهذه التجارب هو وضع حيوان (قط مثلاً) داخل قفص، ثم إعطاؤه صدمة كهربية. وبعد ذلك نلاحظ أن الحيوان بدأت تظهر عليه بعض التصرفات ومظاهر السلوك التي تعكس الخوف والتوتر. ومن بين تلك المظاهر أن الحيوان يرفض تناول الطعام داخل هذا القفص الذي تلقى فيه الصدمة مهما كان جائعاً. ولكن إذا تم إخراج الحيوان من القفص فإنه تظهر عليه درجة أقل من مظاهر الخوف، حيث يبدأ يتحرك بحرية في المعمل. كذلك تقل مظاهر الخوف عندما نضع هذا الحيوان في معمل أخرى تقل درجة مشابهتها للمعمل الأول. وعندما تقل درجة إثارة الخوف في حجرة بعينها يمكن للقط حينئذ تناول الطعام من جديد. ويؤدي تكرار تقديم الطعام في هذه الحجرة إلى اختفاء علامات القلق فيها. والخطوة التالية هي تقديم الطعام للقط في الحجرة التالية في درجة مشابهة حجرة المعمل الأصلية التي حدثت فيها الصدمة. وعندما يصل الموقف إلى اختفاء القلق في هذه الحجرة الثانية نتيجة لإطعام القط فيها يمكن الانتقال إلى الحجرة التالية. وهكذا نندرج في إطعام القط وكف مخاوفه إلى أن نصل إلى الحجرة

1 - Experimental neurosis.

الأصلية وإلى القفص الأصلي نفسه الذي حدثت فيه الصدمة الأصلية. وبذلك يتم إلغاء كل مظاهر الخوف عند القط.

وقد أجرى ماسرمان Masserman عددا من التجارب التي تشبه إلى حد كبير هذا النموذج التجريبي. وكانت تلك التجارب ذات دلالة خاصة باعتبارها حلقة هامة في سلسلة التطورات التي أدت إلى نشوء العلاج بالتطمين المنظم. وإن كنا نلاحظ أن التفسيرات التي أعطاها ماسرمان نفسه كانت بامصطلحات علم النفس الدينامي التقليدي على أساس أن المسألة هي عبارة عن صراع بين الدوافع.

وأجرى ولبة تجارب مشابهة لاختبار فروضه المبينة على أساس من نظريات التعلم من حيث أن العصاب التجريبي يخضع لقوانين الارتباط الشرطي، والتعميم، والتمييز والانطفاء (أو التشريط المضاد). وقد أيدت التجارب المعملية تلك الفروض. وأوضحت التجارب أن الانطفاء وحده لم يكن كافياً للتغلب على استجابات العصاب التجريبي. وقد أمكن التغلب عليها من خلال ما أطلق عليه اصطلاح الكف المتبادل^(٢) لاستجابات القلق الضعيفة عن طريق الطعام.

وبعد أن أكدت هذه التجارب أن العصاب التجريبي عند الحيوان يخضع لقوانين التعلم، كانت الخطوة التالية هي التحقق من أن العصاب عند الإنسان يتبع نفس القوانين والمبادئ في تكوينه وفي تغييره أو إلغائه. وقد لتضح من الدراسات التي أجراها ولبة صحة هذه النظرية. مع ملاحظة إضافة عنصر العمليات الرمزية الوسيطة عند الإنسان. ويتضح ذلك في أن التعميم عند الإنسان لا يسير تبعاً للخصائص الفيزيائية للمنبهات بل تبعاً لدلالاتها أو معانيها (Wolpe, 1970) كما يلاحظ أن الاستجابات المضادة للقلق لا تقتصر بالضرورة على تناول الطعام. بل إن هناك أنواعاً أخرى من الاستجابات التي يمكنها كف القلق ومنها الاسترخاء العضلي، والاستجابات الجنسية.

ولقد أخذ ولبة أسلوب الاسترخاء المتدرج عن إيموند جاكوبسون Jacobson. وقد وجد ولبة في هذا في الاسترخاء أسلوباً لكف القلق لا يتطلب من المريض القيام بأي نشاط حركي نحو مصدر القلق. وسرعان ما اكتشف ولبة أيضاً أن المريض لا يحتاج إلى قدر هائل من الاسترخاء لكي يستطيع كف المخاوف الكبرى. وهنا بدأ ولبة ينظم عملية كف المخاوف على أساس متدرج. وأما بالنسبة لمثيرات القلق فلقد استخدم ولبة في البداية المنبهات الفعلية الحية. وعندما وجد صعوبة في استخدام المنبهات الحية أحياناً بدأ في تجربة استخدام المواقف المتخيلة والتي يمكن أن تثير درجات مختلفة من القلق عند الفرد. (J. Wolpe, 1970)

والفكرة الأساسية لاستخدام أسلوب التلمين المنظم هي استخدام الاسترخاء العضلي كاستجابة مضادة للقلق. فعندما يكون الاسترخاء العضلي أعمق وأقوى من القلق فإنه يؤدي إلى كف ذلك القلق. ولهذا فمن المهم أن تتم المواجهة بين الاسترخاء والقلق حسب نظام معين يضمن أن يكون الاسترخاء أقوى دائماً من استجابة القلق التي يراد كفها. وبناءً على ذلك يتم ترتيب المنبهات المثيرة للقلق ترتيباً تصاعدياً، يبدأ من المنبهات التي تثير أدنى درجات القلق، حتى نصل إلى المنبهات التي تثير أعلى درجات الخوف والقلق. ونبدأ بمواجهة المنبه الذي يثير أدنى درجات القلق باستجابة الاسترخاء العميق.

ومع تكرار المواجهة بينهما يؤدي الاسترخاء إلى كف القلق وبالتالي يفقد المنبه خاصية إثارة القلق. ويترتب على ذلك أيضاً حدوث عملية تعميم لهذا الكف (الذي حدث للقلق) إلى المنبهات التي تثير درجات أعلى من القلق. بمعنى أن مقدار القلق المتعلق بالمنبه الأعلى مباشرة (من المنبه الذي تم خفض القلق المتعلق به) يطرأ عليه شيء من الانخفاض بصورة تلقائية. أي أنه يصبح أقل إثارة للقلق عما كان عليه من قبل. وبالطبع يسهل ذلك من خفض القلق المتعلق بالمنبه التالي في مدرج القلق. وهكذا يؤدي خفض القلق المتصل بأي منبه إلى انخفاض القلق المرتبط بالمنبهات التالية في مدرج القلق. ولناخذ كمثال على ذلك حالة الشخص الذي يعاني من الخوف من الأماكن المرتفعة. فإبطال هذا الشخص من نافذة بالطابق الثاني يؤدي مثلاً إلى درجة واحدة، أو وحدة واحدة من القلق. بينما يؤدي إبطاله من نافذة بالطابق الثالث إلى وحدتين من القلق. وعندما نقوم بإجراءات العلاج، فإن كف القلق المترتب على النظر من نافذة الطابق الثاني، وخفضه إلى الصفر يؤدي إلى انخفاض مقدار القلق المترتب على النظر من نافذة الطابق الثالث إلى درجة واحدة أو وحدة واحدة بدلاً من وحدتين (ibid).

عناصر أسلوب التلمين المنظم:

يشتمل أسلوب التلمين المنظم على ثلاث عناصر رئيسية :

- ١- التدريب على الاسترخاء العضلي.
 - ٢- بناء مدرج القلق.
 - ٣- المواجهة بين الاسترخاء وبين المنبهات التي يشتمل عليها مدرج القلق.
- وسوف نتناول كل عنصر من هذه العناصر بشيء من التفصيل.

أولاً: التدريب على الاسترخاء:

يعتمد أسلوب الاسترخاء العضلي على الاستفادة من تلك الطرق التي طورها جاكوبسون ونشرها في سنة ١٩٢٩ في كتاب بعنوان الاسترخاء المتزايد Progressive Relaxation. إلا أن أسلوب ولبة أكثر اختصاراً، حيث يتم تدريب المريض على الاسترخاء في ست جلسات فقط. كما يطلب من المريض عادة ممارسة التدريب مرتين على الأقل بالمنزل لمدة ١٥ دقيقة في كل مرة. وسوف نعرض هنا أسلوب الاسترخاء كما قدمه ولبة نفسه (J. Wolpe, 1969). ويتم تقديم أسلوب الاسترخاء للمريض على أنه جزء هام من عدته في مواجهة القلق والتغلب عليه.. كما نعملية بعض الأمثلة على تأثير الاسترخاء العضلي في الحياة اليومية على تحقيق الهدوء النفسي (كما هو الحال عند الاستلقاء على الفراش). كذلك فإن التدريب العميق على الاسترخاء يعطى للشخص أداة يستطيع بها التحكم في انفعالاته.

ويتم تدريب الشخص على إرخاء المجموعات العضلية بطريقة منظمة. ومن الممكن البدء بأي مجموعة عضلية. إلا أن ولبة يفضل البدء بعضلات السرايين لسهولة استخدامها في أغراض التوضيح. كما يسهل أيضاً التأكد من درجة استرخائهما. وبلي ذلك مجموعة عضلات الرأس لأن استرخاء هذه العضلات له تأثير جيد في كف القلق بصورة واضحة.

وفي بداية التدريب يطلب من المريض أن يقبض على مسند أو ذراع الكرسي بأحدى يديه لئلا يرى ماذا كان يستطيع أن يميز أية فروق كيفية بين الإحساسات التي في الساعد وتلك التي في اليد... ونطلب منه أن يلاحظ نوعية الإحساسات التي بالساعد لأنها ناتجة عن التوتر العضلي، وذلك بالمقارنة بين إحساسات اللمس والضغط باليد، كما نطلب منه أيضاً أن يلاحظ مكان التوترات بالساعد في حالة استخدام العضلات القابضة والعضلات الباسطة. وفي الخطوة التالية يقوم المعالج بإمساك رسغ المريض ويطلب منه أن يحاول أن يثني ذراعه في مواجهة مقاومة المعالج لذلك. ويمكن ذلك من زيادة وعي المريض بالتوتر في عضلة الذراع الأمامية القابضة biceps، ثم يطلب منه إرخاء عضلات الذراع وإراحتها. وبعد ذلك يطلب منه (مع إمساك المعالج لرسغه) أن يحاول بسط أو مد ذراعه في مواجهة مقاومة المعالج لذلك. ويوجهه المعالج إلى أن يلاحظ وأن يتنبه إلى التوتر والشد في عضلات الذراع الخلفية الباسطة triceps الموجودة خلف العضد. ثم يترك المعالج رسغ المريض ويدعه يستريح على ذراع الكرسي، مع توجيهه إلى إرخاء عضلات الذراع وجعلها تسترخى أكثر فأكثر.

وعندما نتأكد من فهم المريض للتعليمات ولعملية الاسترخاء نطلب منه أن يضع يديه على ساقيه أثناء الجلوس، وأن يقوم بإرخاء عضلاتهما لبضع دقائق، ويوجهه

المعالج إلى ملاحظة أية إحساسات تحدث في ذراعيه مثل الدفء أو التبريد أو الارتياح.. فأحد الأهداف الهامة للاسترخاء زيادة وعي المريض أو إحساسه بالتوتر أو الاسترخاء في عضلاته، وذلك للوصول إلى مزيد من الاسترخاء، مع الاستمتاع بما يحققه الاسترخاء من راحة للعضلات.

وقد يجد بعض المرضى شيئاً من الصعوبة في الوصول إلى الاسترخاء الكامل للعضلات في بداية التدريب وهنا يجب على المعالج أن يطمئن المريض على أن القدرة على الاسترخاء هي إحدى المهارات التي يمكن أن تكتسب وأن تتحسن بالتدريب.. وأنه وإن كان قد استغرق وقتاً طويلاً نسبياً في إرخاء عضلات الذراعين، إلا أنه عند نهاية التدريب سيكون قادراً على إرخاء كل عضلات الجسم في دقيقة أو دقيقتين.

وفي الجلسة التالية يبدأ المعالج درس الاسترخاء بأن يذكر للمريض أن أهم عضلات الجسم على وجه الإطلاق من الناحية الانفعالية هي تلك العضلات التي توجد في منطقة الرأس وما حولها. وأن هذه المجموعة من العضلات هي محور تلك الجلسة. ويبدأ التدريب بأن يطلب من المريض أن يقبض أو يشد عضلات الجبهة، وتمتاز عضلات الجبهة بأنها نموذج جيد لتوضيح الطابع المتدرج لتدريبات الاسترخاء. ويقوم المعالج برفع حاجبيه لأعلى مع شد عضلات وجهه بقوة، ويشير إلى أن ذلك يعطى تعبيراً يتصف بالقلق. ثم يقول للمريض سوف أقوم بإرخاء هذه العضلات بطريقة منظمة لإعطائك فكرة عن الطبيعة المتدرجة التي يتناقص بها التوتر من خلال الاسترخاء العميق.. ثم يقوم بعنذ بإرخاء العضلات المشار إليها، مع التدرج في ذلك خطوة بخطوة كل خمس ثوان، إلى أن يتم إرخاؤها جميعاً ولا يكون هناك تغير يذكر بعد ست محاولات تقريباً. ورغم ذلك ننبه المريض إلى أن عملية الاسترخاء ما زالت مستمرة، وأن هذا الاسترخاء الذي يحدث على السطح هو ما يهمننا في الوصول إلى المشاعر المطلوبة. وبعد ذلك يطلب من المريض أن يشد عضلات الجبهة بأكبر قدر ممكن، ثم يتم إعطاؤه حوالي عشر دقائق لإرخائها بأكبر قدر ممكن. وكثيراً ما يذكر المرضى للمعالج حينئذ أنهم يحسون إحساساً عميقاً بالاسترخاء في الجبهة. وتشير هذه الاحساسات إلى درجة من الاسترخاء أعمق من الدرجة المعتادة للعضلات.

ثم ينتقل المعالج بعد ذلك إلى العضلات الموجودة بمنطقة الأنف فيطلب من المريض أن يشد عضلات الأنف وما حولها. كما ينبهه إلى العضلات المحيطة بالفم وذلك بأن يطلب منه أن يزم شفثيه بقوة، ثم يطلب منه بعد ذلك إرخاء عضلات الفم والأنف أيضاً. وفي الجلسة التالية يطلب المعالج من المريض أن يعض على أسنانه، وبذلك يشد كلاً من عضلات الصدغين والعضلات الخاصة بعملية المضغ. وعندما تسترخي هذه العضلات تتفرج الشفتان بضعة مليمترات قليلة. ولا يمكن إرخاء

عضلات المضغ إذا ظل الفم مقللاً بإحكام.. وبالطبع لا يعنى ذلك القول بأن الفم المفتوح دليل على الاسترخاء.

ويقدم ولبه أيضاً فى نفس الجلسة التدريب على إرخاء عضلات اللسان. ويمكن الشعور بانقباض عضلات اللسان وذلك بضغط عضلات اللسان على قاع الفم، وذلك بأن يضغط المريض لسانه بقوة لأسفل فى مواجهة الجانب الداخلى للأسنان. ويمكن أن يؤدي إرخاء عضلات اللسان إلى إحساسات موضوعية من قبيل التتميل أو الشعور بتضخم اللسان.

ومن العضلات التى يهتم بها المعالج أيضاً عضلات إتمان العين. ويتم شد العضلات أولاً بأن يطلب من المريض أن يحرك عينيه (بالنظر) يميناً ويساراً، وإلى أعلى وأسفل.

وتتعلق الخطوة التالية بالتدريب على إرخاء عضلات العنق والكتفين. والهدف الأساسى هنا هو تلك العضلات التى تقع خلف العنق، وهى العضلات التى تستخدم عادة للمحافظة على الوضع المنتصب للرقبة، ويستطيع معظم الناس التنبه إلى تلك العضلات، وذلك بتركيز الانتباه على الإحساسات الخاصة بمؤخرة العنق. وعندما يتم إرخاء هذه العضلات فإن الرأس قد تسقط إلى الأمام على الصدر أو أن تسقط إلى الخلف حيث يمكن إسنادها على ظهر الكرسي إذا كان مريحاً. ويلاحظ أن هذه العضلات تحتاج إلى قدر أكبر من التدريب.

وبالنسبة لاسترخاء عضلات الكتفين فيتبع فى ذلك الخطوات التالية: يتم رفع الكتفين إلى أعلى لفترة من الوقت. وبعد ذلك يترك الكتفان ليعودا إلى موضعهما الأصلي بمزيد من الاسترخاء.. وفى خطوة أخرى يتم شد الكتفين إلى الأمام، وكذلك إلى الخلف وذلك كى يزداد شعور المريض بالعضلات المشدودة فى هذه المنطقة، ثم يطلب منه بعد ذلك إرخاء تلك العضلات.

ويركز الدرس التالى فى الاسترخاء على عضلات الظهر والبطن والصدر. وبالنسبة لعضلات الظهر يتم شدها عن طريق تقويس الظهر إلى الخلف. أما عضلات البطن فيتم شدها كما لو كان الشخص يتوقع لكمه فى بطنه. ويتم إرخاء العضلات بعد شدها مباشرة. أما عضلات التنفس والصدر فيتم إرخاؤها عن طريق التنفس العميق المنتظم. فأخذ شهيق عميق ثم التوقف لثوان معدودة (خمس ثوان) ثم عمل زفير هادئ بطيء يزيد من إحساس الشخص بالعضلات المتصلة بالتنفس وانتباهه إلى هذه العضلات، ويعطى هذا التنفس العميق إحساساً مريحاً بالاسترخاء.

وبالنسبة لاسترخاء الأطراف السفلى للجسم يبدأ ولبه عادة بالقدمين ويتدرج بعد ذلك إلى العضلات الأخرى. ويتم ثنى أصابع القدمين (داخل الحذاء) مما يشد

العضلات الخاصة بها، ثم يتم إدخالها بعد ذلك. وأما عضلات ريلة (أو سمائة) السلق فيتم شدّها بالضغط على القدم أو شدّه إلى الأمام. كما يتم شدّ العضلات الأمامية للسلق أسفل الركبة وذلك بثني القدم وشدّه إلى الخلف. ويمكن عن طريق مدّ أو فرد السلق (أي شدّها بعيداً عن الجسم) أن يقوم الفرد كذلك بعملية شدّ العضلات التي تقع أعلى الركبة بجانب العضلات الأخرى (J. Wolpe, 1970).

ويلاحظ أن هناك بعض الطرق الأخرى التي تستخدم لتحقيق الاسترخاء العضلي، منها استخدام المخيلة وذلك بتخيل الشخص لبعض المشاهد المريحة أو السارة، مثل مشاهد الطبيعة الجميلة. ويلاحظ أن هناك فروقاً فردية في هذا الصدد. فبعض المشاهد المريحة لأحد الأفراد قد تكون مثيرة للتوتر عند فرد آخر. فمناظر المياه أو البحر يمكن أن يساعد على الاسترخاء عند كثير من الناس، إلا أنه يمكن أن يكون مثيراً للقلق عند بعض الأفراد الآخرين نتيجة لخبراتهم السابقة مع تلك المشاهد. كما يؤدي تكرار الشخص (في ذهنه) لبعض الكلمات الخاصة واستشعاره لمعانيها إلى تحقيق الاسترخاء. وهناك أيضاً أساليب المردود الحيوي biofeedback، وذلك باستخدام الأجهزة الميكوفسيولوجية. وقد يجد بعض المرضى صعوبة في الاسترخاء. وهنا قد يستعين المعالج ببعض الأساليب الأخرى للتغلب على هذه المشكلة، مثل تحويل المريض إلى الطبيب النفسي لوصف بعض الأدوية التي تساعد على الاسترخاء، وذلك لمدة وجيزة في بداية التدريب على الاسترخاء. أو قد يتم استعمال أساليب التنويم بعد شرحها والاتفاق مع المريض على استخدامها. كما تستعمل أحياناً بعض التسجيلات الصوتية التي تحاكي صوت الأمواج أو البحر أو حفيف الشجر أو الموسيقى الهادئة. (C. E. Walker, 1981)

بناء مدرج القلق:

يعتبر بناء مدرج القلق عنصراً هاماً وأساسياً من عناصر أو مكونات أسلوب التطمين المنظم. ويتوقف نجاح العلاج على سلامة تكوين مدرج القلق. ويشتمل مدرج القلق على المنبهات المثيرة للقلق والتي يربط بينها خيط واحد أو موضوع واحد. وفي العادة يجد المعالج النفسي أن عليه بناء أكثر من مدرج واحد للقلق وذلك تبعاً للموضوعات أو المجالات المختلفة المثيرة للقلق عند المريض.

ويعتمد بناء مدرج القلق على المعلومات التي يتم تجميعها بأساليب التقدير أو الفحص المختلفة، ومن بين هذه الأساليب:

- ١- اختبار ويلوبي Willoughby Questionnaire، وهو اختبار يدور حول المواقف المختلفة المثيرة للقلق خاصة في المواقف الاجتماعية.

- ٢- تاريخ الحالة الخاص بالمريض.
- ٣- استمارة المخاوف Fear Survey Schedule.
- ٤- المناقشة خلال المقابلة الإكلينيكية.
- ٥- المهام المنزلية assignments التي يكلف بها المريض، كأن يطلب منه أن يدون الأشياء أو المواقف التي تمر به خلال حياته اليومية، والتي تؤدي إلى شعوره بالقلق.

وبعد تجميع هذه المعلومات المختلفة يقوم المعالج بتصنيف مثيرات القلق وتحديد درجة ما يسببه كل منها من قلق. ويتم التصنيف تبعاً للموضوعات المختلفة بحيث يتم تكوين قائمة بمثيرات الخوف المتعلقة بكل مجال على حدة. ويتطلب هذا التصنيف حنكة وحساً إكلينيكياً مرهفاً من جانب المعالج، نظراً لأن بعض مثيرات القلق قد تبدو ظاهرياً كأنها تنتمي إلى فئة واحدة، ولكن يتبين لنا مع مزيد من الاستقصاء أنها تنتمي إلى فئات مختلفة أخرى تبعاً لما تتطوى عليه من دلالات أو معانٍ أو ارتباطات شرطية سابقة لدى المريض.

وتشتمل قائمة المخاوف بذلك على عدد من المواقف المحدودة التي تم ترتيبها ترتيباً تنازلياً تبعاً لدرجة ما تثيره من خوف لدى المريض. ولا يتحتم أن تكون جميع المواقف التي تشتمل عليها القائمة مما سبق أن مر في خبرة المريض السابقة. فقد تتضمن مواقف تؤدي عندما يتخيلها المريض إلى إحساسه بأنها تثير القلق فعلاً. ونعرض فيما يلي لمثال لقائمة من المخاوف قدمها ولبه لتوضيح كيفية بناء قائمة المخاوف لإحدى الحالات. (J. Wolpe, 1970, pp. 109-110)

القائمة المبينة للمخاوف:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ١- الأماكن المرتفعة | ١١- النار |
| ٢- المصاعد | ١٢- الإغماء |
| ٣- الأماكن المزدحمة | ١٣- السقوط |
| ٤- دور العبادة | ١٤- الحفن |
| ٥- الظلام في دور السينما | ١٥- الأكوية |
| ٦- الوحدة | ١٦- الخوف من المجهول |
| ٧- العلاقات الزوجية (الحمل) | ١٧- الجنون |
| ٨- المشي لأي مسافة | ١٨- الأبواب المغلقة |
| ٩- الموت | ١٩- ركوب الألعاب بالملاهي |
| ١٠- الحوادث | ٢٠- السلاسل الشديدة الانحدار |

وقد تم تصنيف المواقف سابقة الذكر بمعاونة المريض إلى الفئات التالية:

أولاً: الخوف من الأماكن المرتفعة acrophobia

- ١- الأماكن المرتفعة
- ٢٠- السلالم الشديدة الانحدار
- ١٩- ركوب الألعاب بالملاهي

ثانياً: الخوف من الأماكن المغلقة

- ٢- المصاعد
- ٥- الظلام في دور السينما
- ٣- الأماكن المزدحمة
- ١٨- الأبواب المغلقة
- ٤- دور العبادة

ثالثاً: الخوف من الأماكن العامة agoraphobia

- ٦- الوحدة
- ٨- المشي لأي مسافة (وحيداً)

رابعاً: المرض ومتعلقاته

- ١٢- الإغماء
- ١٤- الحقن
- ١٣- السقوط
- ١٥- الأدوية

خامساً: مخاوف موضوعية أساساً :

- ٧- العلاقات الزوجية (الحمل)
- ١١- النار
- ٩- الموت
- ١٦- الخوف من المجهول
- ١٠- الحوادث
- ١٧- الخوف من الجنون

على أن المواقف الواردة في القائمة السابقة الذكر تعتبر شديدة العمومية، ولذلك فإنها تحتاج إلى ترجمتها إلى مواقف نوعية محددة بناءً على خبرات المريض الخاصة، وتوضيحه لدقائق الموقف بالاعتماد على الاستقصاء الواعي من جانب المعالج النفسي. وقد قام ولبه بتصنيف الفئة الثانية في القائمة السابقة الذكر إلى البنود التالية مع ترتيبها ترتيباً تنازلياً:

- ١- الشعور بالسقوط (أو الوقوع) إلى الخلف
- ٢- شعور الشخص بأنه على وشك فقدان الوعي
- ٣- الدوار بدرجة كبيرة
- ٤- الشعور بخفة الرأس
- ٥- الدوار بدرجة متوسطة

- ٦- شم رائحة مواد التخدير
- ٧- أخذ حقنة
- ٨- سرعة خفقان القلب
- ٩- الشعور بالوهن أو الضعف في الركبتين
- ١٠- مشاهدة الحقن
- ١١- رؤية الأربطة العلوية

والعامل المشترك بين البنود السابقة الذكر هو بعد التهديد الشخصي أى شعور الشخص بأنه مهدد بطريقة ما. كذلك قد تتطوى بنود القائمة على أكثر من بعد واحد. ولا بد من أخذ ذلك فى الاعتبار عند ترتيب البنود ترتيباً تنازلياً من أكثرها إثارة للقلق إلى أقلها إثارة للقلق. كما يلزم التحقق من أن البند الذى يثير أدنى درجات القلق فى القائمة يمثل فعلاً درجة منخفضة فى إثارة القلق يمكن كفها عن طريق الاسترخاء... وإلا فعلينا البحث عن بنود أخرى تثير درجة أدنى من القلق تصلح للاستخدام فى عملية التطمين المنظم. كذلك فمن المهم أن نجعل المسافات بين بنود القائمة - من حيث درجة إثارتها للقلق - مسافات معقولة ومتساوية، بحيث أن التدرج من أحد البنود إلى البند التالى يتم بطريقة تساعد على العلاج.

وقد لجأ ولبه إلى استخدام طريقة منظمة لتكميم الإحساس الذاتى بالقلق. فهو يبدأ بأن يسأل المريض أن يتخيل أشد أو أسوأ درجات القلق التى مرت به من قبل، أو التى يتخيل إمكانية حدوثها. ويعطى لهذا القدر درجة ١٠٠. أى أعلى درجة على المقياس. ثم يطلب منه أن يتخيل حالة يكون فيها هادئاً هدوءاً تاماً، ومطمئناً تماماً، ويعطيها درجة صفر. وبذلك يكون لدينا مقياس يمتد من صفر إلى ١٠٠. وفيما بعد يمكننا أن نسأل المريض فى أى وقت أن يقدر بالأرقام درجة شعوره بالقلق. ولا شك أن هذا التقدير الكمي أفضل من الطرق الوصفية اللفظية التى قد تختلف فيها المعانى من شخص لآخر، كما أنه ييسر عملية المقارنة بين درجات القلق التى تثيرها المواقف المختلفة. كما يمكن الاستفادة منه فى تقييم ومتابعة آثار العلاج فيما بعد لمعرفة مدى تقدم المريض. ويطلق ولبه على وحدات هذا المقياس اسم: الوحدات الذاتية للقلق (وذك) (Subjective Unit of Disturbance (SUD). ويتم الاستفادة من هذا المقياس لدرجات القلق الذاتى فى بناء مدرج القلق، وذلك بتحديد درجة إثارة القلق بالنسبة لكل بند. وبعد ذلك يتم وضع البنود على مسافات متساوية تبدأ من أنها إثارة للقلق وتمتد إلى أن تصل إلى البند الذى يثير أعلى درجات القلق. وبذلك يمكننا التأكد من سلامة التدرج فى القائمة ومن ملاءمته لأغراض عملية التطمين المنظم.

بعض الأمثلة الإكلينيكية:

نعرض هنا لبعض الأمثلة لقوائم المخاوف التي استخدمها المؤلف فعلاً خلال قيامه بعمليات العلاج النفسى لعدد من حالات المخاوف المرضية (الفوبيا) بالولايات المتحدة.

الحالة (أ):

ج. أ. طالبة جامعية، أم لأربعة أطفال، ومنفصلة عن زوجها. عبرت عن حاجتها الشديدة للعلاج. وكانت شكواها أنها لا تستطيع تحمل تواجدها بين عدد كبير من الناس، كالمحلات التجارية والشارع والكلية. كما كانت تشكو من أعراض أخرى مثل الدوار والصداع وخفقان القلب والتوتر والاكتئاب، وعدم القدرة على الاستمرار في العمل. وقد تم تطبيق عدد كبير من الأدوات السلوكية عليها لجمع المعلومات المفصلة عن طبيعة المشكلة وأبعادها المختلفة. كما استكملت المعلومات أيضاً من خلال أسلوب المقابلة الإكلينيكية. وبناءً على ذلك تم تجميع البنود المتصلة بالقلق في الفئات التالية:

الخوف من الزحام:

- ١- داخل محل تجارى يعج بالحركة.
- ٢- لحظة الخروج من دور السينما أثناء تدافع الناس للخروج.
- ٣- أتوبيس مزدحم.
- ٤- قاعة مسرح كبيرة مزدحمة.
- ٥- محل تجارى كبير هادئ الحركة نسبياً.
- ٦- أتوبيس نصف مقاعده مشغولة.
- ٧- السير في شارع معتدل الزحام.
- ٨- داخل محل بقالة صغير.
- ٩- في متنزه مزدحم نسبياً.
- ١٠- الجلوس في السينما وبقيّة الناس جالسون.
- ١١- السير في الطريق وهناك ٣ أشخاص يسيرون في الشارع.
- ١٢- السير في الطريق وهناك شخصان يسيران عن بعد.
- ١٣- داخل أحد المتنزهات المزدحمة.
- ١٤- داخل متنزه لا يوجد به سوى أفراد قلائل عن بعد.

الخوف من مراقبة الآخرين:

- ١- أن يلاحظك أثناء عملك في البيع ١٠ أشخاص.
- ٢- أن يلاحظك أثناء العمل ٧ أشخاص.
- ٣- أن يلاحظك أثناء العمل ٤ أشخاص.
- ٤- أن يلاحظك أثناء العمل شخصان.
- ٥- أن يلاحظك أثناء العمل شخص واحد.

الحالة (ب):

د. ج. أنسة تبلغ من العمر ٢٧ عاماً. مستوى التعليم سنتان بعد الثانوي في معهد تربي، وتعمل بالتدريس للأطفال المعوقين. وكانت الشكوى الأساسية هي القلق، بجانب بعض المخاوف الأخرى. وقد تم تطبيق عدد من أدوات تقدير السلوك. كما تم بعد ذلك استخلاص مدرج القلق من خلال المقابلة ومن خلال مزيد من الاستفسار. وقد تم تكوين مدرج القلق بناءً على تحليل الأبعاد الأساسية التي تزيد أو تنقص درجات القلق تبعاً لها. ويلاحظ أن جميع المخاوف لديها تتصل بالمواقف الاجتماعية.

١- الخوف من مراقبة الآخرين	الأشخاص	الأفعال
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠)	رئيس العمل الأخصائيون الزملاء صديقة فتاة	الأكل تصرفات مثل قضم الأظافر أو طريقة الجلوس
أدنى درجات القلق (صفر)	صديق رجل	الكلام
٢- الخوف من عدوان الآخرين	الأشخاص	أسلوب العدوان
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠)	الغرباء اصدقاء	تهديد فعلى مظاهر التعصب أو العنصرية
أدنى درجات القلق (صفر)	أقارب	الكلام على المريضة
٢- أن تكون مع آخرين (أكثر من شخص)	الجنس	نوع الأفعال أو التصرفات
أعلى درجات القلق (١٠٠) (٥٠)	إناث	الكلام الصمت الأكل
أدنى درجات القلق (صفر)	ذكور	العمل

نوع السلوك	الأشخاص	٤- تقدير الآخرين
الأداء في العمل	ذوو السلطة	أعلى درجات القلق (١٠٠)
الصفات الشخصية (كراثة الفم)	الشرطة	(٥٠)
شيء لاأملك تغييره	الأصدقاء	
	والدين	أدنى درجات القلق (صفر)
	شخص غريب	

وبناء على هذا التحليل المنظم لمثيرات القلق وملابساته المختلفة تم إعداد قوائم البنود المثيرة للقلق، والتي تم استخدامها فيما بعد في عملية التطمين المنظم.

إجراءات التطمين المنظم:

بعد أن يتم تدريب المريض على الاسترخاء العضلي العميق، وبعد أن يتم بناء مدرج القلق، يمكن أن تبدأ الخطوات الفعلية لعملية التطمين المنظم. ولابد لنا في بداية هذه المرحلة من التحقق من أن المريض أصبح متمكناً من عملية الاسترخاء الجسمي الكامل. ويمكننا هنا الاعتماد على ما يذكره المريض نفسه عن مشاعره الداخلية وهو في حالة الاسترخاء. وذلك بأن يعطينا تقديراً لدرجة شعوره بالاسترخاء أو الراحة والطمأنينة.. ومن الممكن الاعتماد على بعض الأجهزة السيكو فسيولوجية في قياس درجة الاسترخاء العضلي على النحو الذي اتبعه جاكوبسون في تقدير درجة الاسترخاء العضلي مثل جهاز electromyogram (J. Wolpe, 1970). أو مقياس الفولت العصبي neurovoltmeter الذي طوره جاكوبسون أيضاً لقياس التغيرات الطفيفة في التوتر العضلي. (F. J. McGuigan, 1978).

ويلزم أيضاً التحقق من قدرة المريض على التخيل. فهذه القدرة شرط ضروري للقيام بإجراءات التطمين المنظم. فإذا وجدنا أن المريض لا يستطيع القيام بعملية التخيل الجيد الذي يتصف بالحيوية فقد نلجأ إلى استخدام أساليب أخرى في العلاج، مثل التطمين المنظم الحى إذا كان ذلك مناسباً، وإلا فقد نلجأ إلى استخدام أساليب أخرى للعلاج.

وقبل بداية العلاج نعطي تعليمات خاصة للمريض بأن ينبهنا بمجرد أن يتمكن من تخيل صورة واضحة للموقف المطلوب، وذلك بأن يرفع إصبع السبابة مثلاً. كما نتفق على طريقة التعبير عن مقدار التوتر أو القلق الذي يحس به عندما يتخيل أحد المواقف أثناء العلاج، وذلك باستخدام الوحدات الذاتية للقلق SUDS التي سبق الإشارة إليها. وخلال العلاج نطلب من المريض أن يتخيل الموقف المطلوب، وأن يعطينا

إشارة بإصبعه عندما تتكون لديه صورة واضحة للموقف. وبعد أن يعطينا هذه الإشارة نتركه مع هذا الموقف المتخيل لفترة وجيزة (حوالي ٥ - ٧ ثوان عادة). وبعدها نطلب منه التوقف عن تخيل الصورة وإعطائنا تقديره لدرجة القلق التي أحس بها أثناء تخيل تلك الصورة. وبعد ذلك نعطيه تعليمات بالعودة مرة أخرى إلى الاسترخاء، وتركيز انتباهه على إحساساته الجسمية (ibid). وبعد الاسترخاء لفترة وجيزة أخرى نستأنف هذه الخطوات من جديد (مع نفس هذا الموقف) وفقاً لخطة العلاج. ويستمر ذلك إلى أن يتم كف القلق المرتبط بالموقف الخاص الذي تم التركيز على علاجه. أما إذا وجدنا أن هناك إلحاحاً واستمراراً للقلق المرتفع المرتبط بالبند، فإن ذلك يدعونا إلى إعادة النظر وعمل إعادة تقييم للموقف. فقد تكون هناك ثغرات أو عيوب في بناء مدرج القلق، أو قد تكون هناك مشكلات بالنسبة لدرجة الاسترخاء. وعندما نتغلب على هذه المشكلات، ويتم كف القلق المرتبط بالبند فإننا ننقل إلى البند الذي يليه.. وهكذا.

وتسير إجراءات التطمين المنظم على هذا النحو في جلسات العلاج التالية، وننتقل من بند إلى البند الذي يليه على قائمة البنود في مدرج القلق إلى أن يتم كف القلق المتعلق بكل بنود القائمة. ويلاحظ أننا نسترشد هنا بمبادئ نظريات التعلم في عملية العلاج. فبعد أن يتم الوصول إلى محك انخفاض القلق إلى درجة الصفر، نكرر ربط البند بالاسترخاء مرتين أو ثلاث مرات وذلك بهدف تحقيق التعلم الإضافي overlearning. ونقوم خلال جلسات العلاج بتسجيل تفاصيل الخطوات العلاجية مثل عدد مرات تخيل الموقف، ومدى نجاح الاسترخاء في كف القلق، وهكذا. ويمكن استخدام بطاقات خاصة في تسجيل تلك البيانات.

بعض المشكلات المتصلة بأسلوب التطمين المنظم:

هناك مشكلات عديدة يمكن أن تواجه المعالج النفسي عند استخدامه لأسلوب التطمين المنظم، ولهذه المشكلات حلول تعتمد على خبرة المعالج وتمكنه من أساليب العلاج النفسي. ومن أبرز هذه المشكلات عدم قدرة الكثير من المرضى والمعالجين المبتدئين على بناء قوائم جيدة من بنود القلق. فقد لا تغطي القائمة كل المثيرات الهامة للقلق. أو قد تكون القائمة بعيدة عن المشكلة الحقيقية للمريض، أو قد يكون ترتيب البنود في القائمة غير جيد، أو أن بها بعض الثغرات أو القفزات الكبيرة. ولذلك فإن إعداد قوائم القلق يحتاج إلى مهارة كبيرة وحس إكلينيكي وخبرة جيدة من جانب المعالج.

وهناك مشكلة أخرى تواجه استخدام أسلوب التطمين المنظم، ألا وهي عدم قدرة بعض المرضى على التخيل أو التصور البصري. ولهذا يلزمنا أن نجرى اختباراً مبدئياً للتحقق من قدرة المريض على التخيل في بداية العلاج. وقد وجد المؤلف عند علاجه

لحالة رجل يعاني من الخوف من الأماكن المغلقة^٣ أنه لا يستطيع تخيل المواقف تخيلاً يتصف بالحيوية، التي يمكن أن تثير درجة كافية من القلق (كذلك التي يثيرها الموقف الفعلي). وبناءً على ذلك تم اللجوء إلى استخدام أسلوب العلاج بالتطمين المنظم الحسي in vivo، حيث كان يتم إجلال المريض في غرف مختلفة الحجم، وإغلاق الباب عليه لفترات محدودة وفقاً لنظام خاص يهدف إلى تعميم أثر العلاج.

وهناك مشكلة أخرى تتمثل في عدم قدرة بعض المرضى على الوصول إلى درجة عميقة من الاسترخاء. وهنا يمكن استخدام عدد من الأساليب المساعدة مثل استخدام التنويم الإيحائي. كما يمكن أحياناً استخدام الأدوات السيكو فسيولوجية مثل جهاز قياس التوتر العضلي electromyogram. كما أن من الممكن أحياناً استخدام بعض العقاقير مثل أميتال الصوديوم sodium amytal أو استخدام عقار الفينوباربيتال phenobarbital وغيرها والتي يقوم الطبيب النفسي بوصفها للمريض. كما استخدم بعض المعالجين النفسيين أسلوب استنشاق خليط من الهواء يتكون من ٣٥% من ثاني أكسيد الكربون و ٦٥% من الأكسجين النقي (C. E. Walker, et al, 1981).

ولقد أثبت أسلوب التطمين المنظم نجاحه الكبير في علاج المخاوف المرضية، حيث أن نسب الشفاء باستخدام هذا الأسلوب تفوق بكثير نسبة الشفاء الناتج عن استخدام أساليب العلاج الأخرى. وتتراوح نسبة الشفاء في كثير من التقارير الاكلينيكية بين ٨٥% و ١٠٠%، وذلك بالمقارنة بنسب تتراوح بين ٥٠% و ٧٠% باستخدام أساليب العلاج التقليدي (ibid).

وبهنا هنا لن نؤكد أن العلاج بأسلوب التطمين المنظم ليس مجرد مجموعة من الطقوس الجامدة التي يقوم المعالج بتطبيقها بصورة حرفية تخلو من الطابع الشخصي الإنساني، بل هي بالأحرى مجموعة من الخطوات العلاجية التي تتم في إطار من العلاقة العلاجية الإنسانية، التي تتطلب من المعالج الفهم والإحساس الجيد لإرهاب الحس الاكلينيكي. كما تتطلب فوق ذلك فهماً وخبرة واسعة في فهم طبيعة الاضطرابات النفسية، إلى جانب الخبرة في العلاج النفسي. وهذا يؤكد أيضاً على أهمية التدريب العملي للمنظم تحت إشراف الخبراء المتخصصين وفي إطار أكاديمي علمي.

ثانياً: أساليب الغمر والتفجير الوجداني:

تختلف أساليب الغمر flooding والتفجير الوجداني emotional implosion عن أسلوب العلاج بالتطمين المنظم. وقد لاحظنا أن أسلوب التطمين المنظم يعتمد على التعرض المتدرج لمصدر القلق والذي يبدأ من أدنى الدرجات المثيرة للقلق، إلى أن

نصل إلى المواقف التي تثير أعلى درجات القلق. أما أساليب العمر والتفجير الوجداني الداخلي فتقوم على أساس مواجهة المريض لمثيرات القلق الشديدة دون أي تدرج. كذلك فإن خطوات العلاج بالتطمين المنظم تسير وفقاً للمريض نفسه، ودرجة ارتيابه في مواجهة مثيرات الخوف. أما في العلاج بالغمر والتفجير الوجداني فإن المعالج هو الذي يحدد ذلك وهو الذي يعطى للمريض الجرعات الكبيرة من مثيرات القلق، بصرف النظر عن استجابات المريض بالقلق الشديد والانفعال.

وكما هو الحال في العلاج بالتطمين المنظم فإن العلاج بهذين الأسلوبين يمكن أن يتم باستخدام المخيلة، أو بالاعتماد على المواجهة المباشرة الواقعية للمواقف المثيرة للقلق. على أن هناك فرقاً هاماً بين العلاج بالتفجير الوجداني من ناحية والعلاج بالغمر من ناحية أخرى. فالعلاج بالتفجير الداخلي يستمد الكثير من مفاهيمه من العلاج النفسي الدينامي بمفاهيمه التحليلية، إلى جانب اعتماده على نظرية العاملين عند ماورر Mowrer's Two Factor theory. وتبعاً لنظرية ماورر فإن "عملية التعلم تمر بمرحلتين: المرحلة الأولى يتم فيها الربط الشرطي للخوف بأحد المنبهات عن طريق ما يسمى بتعلم الإشارات sign learning. ويتم ذلك وفقاً لنظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكي. وينشأ عن هذا الربط الشرطي منبهات تقوم بدور الحافز drive المثير للخوف. وفي المرحلة الثانية يتم تعلم استجابة جديدة تؤدي مهمة خفض القلق، وذلك عن طريق تعلم الحل الذي يترتب عليه خفض الخوف. وهذا التعلم يتم تبعاً لنظرية الارتباط الشرطي الفعال. وتمكن هذه الاستجابة الفرد من خفض القلق عن طريق إبعاد الفرد عن المنبه الشرطي الذي يثير للقلق (W. F. Hill, 1975, P. 166).

ولقد قدم ستامفل Thomas Stampfl مفهوم العلاج بالتفجير الوجداني في سنة ١٩٥٧. وأعطى ستامفل أهمية كبيرة لخبرات الطفولة في اكتساب المخاوف. فمن خلال خبرات العقاب أو الرفض أو الحرمان يحدث ارتباط بين الكثير من المنبهات المحيطة بالطفل وبين مشاعر الخوف أو القلق. ولذلك يرى ستامفل أنه يتعين تقديم مجالات الصراع في الطفولة كجزء من مناظر التفجير الوجداني. ويمكن أن تشمل هذه المناظر على مخاوف الطفولة، وما بها من رفض وحرمان وصراعات، تتعلق بالتعبير عن الخوف أو العدوان أو المشكلات الجنسية أو مشكلات الشعور بالذنب وفقدان السيطرة على الدوافع، وغير ذلك من المشكلات التي يتوسم المعالج أهميتها بالنسبة للمريض وبالنسبة للمشكلات المطروحة. ومن هنا يقتبس ستامفل الكثير من المفاهيم التحليلية المتعلقة بصراعات الطفولة ومشكلاتها (C.E. Walker, 1981, PP. 116-117).

أسلوب الغمر:

يعتبر بولين A. Polin أول من استخدم اصطلاح الغمر أو الفيض flooding، وذلك في سياق البحوث التي أجراها على الحيوانات. بينما كان ماليسون Malleson أول من استخدم الاصطلاح للإشارة إلى هذا الأسلوب في علاج المخاوف عند الإنسان. ويرتبط أسلوب الغمر بالدراسات التجريبية للتعلم، خاصة فيما يتعلق بانطفاء انماط استجابات التجنب avoidance لدى الحيوانات. ولذلك فإن أسلوب الغمر ينتمي إلى مجال العلاج السلوكي بخلاف أسلوب التفجير الانفعالي الذي ينتمي إلى العلاج الدينامي التقليدي. وقد أوضحت التجارب التي أجراها سولومون ووين Solomon & Wynne أننا إذا ربطنا إشارة تحذير مثل نغمة معينة بصدمة كهربائية حتمية (بحيث تسبق النغمة حدوث الصدمة بشكل متسق)، فإن مجرد تقديم النغمة فيما بعد بدون الصدمة يؤدي إلى استثارة استجابة وجدانية حادة. ونستطيع بعد ذلك أن نقوم بتعليم الحيوان استجابة هروبيه، وذلك بأن يقفز من المنطقة التي أعطيت فيها الصدمة بمجرد سماع صوت النغمة التحذيرية. وبهذا يكتسب الحيوان سلوكاً تجنبياً يقوم به للهروب من الموقف المثير للخوف. ويلاحظ أن هذا السلوك الهروبي يتم بشكل فوري وسريع، ولا ينتظر الحيوان حتى يتأكد من أن الصدمة الكهربائية ستحدث أم لا، حتى لو كررنا إعطاء النغمة مائة مرة. أي أن السلوك التجنبى يتصف بخاصية الاستمرار والإلحاح.

وفي مرحلة تالية من التجربة وضع الباحثان الحيوان داخل المنطقة التي أعطيت فيها الصدمة، ثم أغلقا الطريق بحيث لم يكن في وسع الحيوان القيام بالسلوك التجنبى عند سماع النغمة التحذيرية. ثم قاما بإطلاق صوت النغمة التحذيرية عدة مرات دون إعطاء الصدمة الكهربائية. وبذلك أصبحت النغمة التحذيرية لا تؤدي إلى استثارة القلق. وبعد أن تم ذلك لم يعد الحيوان يلجأ إلى السلوك الهروبي رغم إتاحة فرصة الهرب له من جديد عند سماع تلك النغمة التحذيرية (ibid).

وقياساً على هذا النمط في تعلم المخاوف، فإن مرور الفرد بخبرات مؤلمة يصاحبه إدراك لبعض المنبهات المحيطة بالموقف. ونتيجة لذلك تصبح تلك المنبهات بمثابة منبهات تحذيرية تثير الخوف والقلق لدى الفرد لتوجسه الشر والخطر عند مواجهتها. ومن هنا يلجأ الفرد إلى الهرب والابتعاد عن الموقف مما يخفف من حدة القلق. ويؤدي ذلك إلى تدعيم السلوك الهروبي أو التجنبى الذي يبتعد به الفرد عن المنبهات المثيرة للقلق. وفي نفس الوقت يدخل الفرد في حلقة مفرغة طالما لم تتح له فرصة المواجهة الفعلية لهذه المنبهات التي يهرب منها دائماً.

وبناءً على نموذج العلاج بالفيض فإن الفرد أن يواجه هذه المنبهات مواجهة كاملة ومستمرة، لكي يكتشف أن الخطر المتوقع بناءً على هذه المنبهات التحذيرية لن يقع، وأنه ليس خطراً حقيقياً. وهنا تزول الرابطة بين هذه المنبهات وبين الخطر، فتفقد صفتها التحذيرية المثيرة للقلق.

ومن الممكن استخدام العلاج بأسلوب الغمر في علاج الرهاب (الفوبيا)، والوساوس والسلوك القهري، في ظل شروط معينة وهي:

- ١- أن يكون هناك توقع في ذهن المريض لحدوث الخطر يرتبط بالمنبهات المثيرة للخوف.
- ٢- أن يكون الخوف الذي يشعر به المريض خوفاً نوعياً محدداً.
- ٣- أن يكون هناك تاريخ من العلاقة بين القلق الشديد المزمن والمنبهات المخيفة.
- ٤- أن لا تكون هناك مخاطر صحية كبيرة على المريض في حالة العلاج بالغمر (ibid).

وهناك عدد من الدراسات الجيدة التي تبين لنا أن العلاج بالغمر يمكن أن يكون على درجة عالية من الفعالية في علاج أشكال مختلفة من الاضطرابات العصبية. ويفصل كل من ويلسون وأوليري العوامل التي تؤثر على العلاج بالغمر على النحو التالي:

- ١- أن التعرض الفعلي للموقف أو للشيء المخيف أكثر فعالية في خفض السلوك الرهابي والقهري من التعرض للموقف المتخيل.
- ٢- أن التعرض للموقف المخيف يجب أن يكون لأطول مدة ممكنة، فالتعرض الموجز جداً قد لا يكون فعالاً بل قد يؤدي إلى زيادة وقتية في الخوف.
- ٣- ليس من الضروري إثارة مشاعر حادة بالخوف أثناء التعرض لكي يكون العلاج فعالاً.
- ٤- يبدو أن التعرض الفعلي يعادل في الفعالية العلاجية الغمر الفعلي باستخدام أشد المواقف إثارة للخوف من البداية.
- ٥- يؤدي العلاج بالغمر الذي يقوم به معالج مباشر إلى نتائج أفضل من استخدام التعليمات العلاجية المسجلة.
- ٦- يؤدي العلاج بالغمر الذي يتم داخل مجموعة إلى نفس الفعالية التي يؤدي إليها العلاج الفردي.
- ٧- يمكن أن يكون العلاج بالتعرض الفعلي الذي يعتمد على تحكم المريض معادلاً في الفعالية العلاجية للتعرض الذي يخضع لتحكم المعالج.
- ٨- كذلك يبدو أن العلاج بالغمر الذي يقوم به الممرضون تحت إشراف معالج

سلوكي مؤهل معادل في نتائجه للعلاج الذي يقوم به الأخصائيون النفسيون
الكلينيكيون أو الأطباء النفسيون (G.T. Wilson & K.D.O' Leary, 1980. PP.170-172).

ورغم ما يذكره ولبه من تحذيرات واحتياطات تجعله يحجم عن استخدام أسلوب
الغمر إلا باعتباره ملجأ أخيراً (J. Wolpe, 1970)، فإننا نجد أن ويلسون وأوليري
يصلان إلى استنتاج مختلف بعض الشيء بناء على ما تجمع من الأدلة الكلينيكية
المستمدة من دراسات عديدة جيدة. فهما ينتهيان إلى أن العلاج بالغمر يعادل أو يزيد
في كفاءته عن أسلوب التظمين المنظم في علاج الرهاب (الفوبيا). كما أنه أكثر فعالية
بصورة واضحة في علاج اضطرابات الوسواس والسلوك القهري. ويرى ويلسون
وأوليري أن التعرض الفعلي الحي in vivo يشكل العنصر الحاسم في كل أساليب
خفض أو علاج المخاوف. (Wilson & O' Leary, 1980)

بعض العوامل الحاسمة في نجاح العلاج بالمواجهة:

تتفاوت نتائج العلاج بالمواجهة (خاصة بأساليب الغمر) من فرد لآخر. فما هي
العوامل التي تؤدي إلى هذا التفاوت. للإجابة على هذا التساؤل نبدأ بتحليل الموقف
العلاجي إلى المجموعات الثلاث التالية من العناصر.

المنبهات ← المتغيرات الداخلية ← الاستجابات

فإذا افترضنا أن المنبهات المثيرة للخوف متعادلة من حيث قيمتها الانفعالية
بالنسبة للفرد، فإذن لا بد وأن هناك عوامل داخل الفرد نفسه تؤثر على نتائج العلاج.
وقد قام المؤلف خلال استخدامه لأساليب علاج المخاوف بتطوير أسلوب يستخدم
الوجهة الذهنية mental set، ويزيد من كفاءة تلك العلاجات. فقبل مواقف المواجهة مع
المواقف المثيرة للخوف (سواء من خلال المخيلة أو المواجهة الفعلية)، يتم تهيئة
المريض للمواجهة بتكوين وجهة ذهنية مناسبة. فيتم أثناء الاسترخاء تنبيه عمليات
التذكر والتصور الذهني لخبرات النجاح السابقة التي أشعرت المريض في الماضي
بمشاعر الثقة بالنفس أو بالجرأة أو التفاؤل والسيطرة على المواقف. ثم يطلب منه
الاحتفاظ بهذا الاتجاه الذهني الإيجابي عند مواجهته للمواقف المثيرة للخوف أثناء
العلاج. وبذلك لا نكتفي بالاسترخاء كوسيلة لكف القلق، بل نضيف إليه تلك العوامل
المعرفية التي تزيد من قوة المريض في مواجهته للمواقف. كما أننا لا نترك المريض
نهياً للانفعالات الحادة دون توجيه معرفي يهيئه للتحقق من قدرته على مواجهة
المواقف التي تعود على الخوف منها.

أساليب تعديل السلوك:

ترتكز أساليب تعديل السلوك^(٤) على نظرية سكينر B.F. Skinner المسماة بنظرية الارتباط الشرطي الفعال operant conditioning (أو الاجرائى) وهي بذلك تختلف عن أساليب العلاج السلوكى السابقة الذكر (بالتعلم المنظم، أو التفجير الوجداني.. الخ) والتي ترتكز على أساس من نظرية الارتباط الشرطي التقليدى (البافلوفى).

والواقع أن الارتباط الشرطي التقليدى يتصل أساساً بتعلم ربط الأفعال المنعكسة (اللاإرادية) مثل إفرازات الغدد أو سرعة ضربات القلب، بمنبهات جديدة. ويؤدى ذلك لأن يصبح المنبه الشرطى ذو أهمية بالغة لأنه يستصدر الاستجابة بشكل آلى.

أما الارتباط الشرطى الفعال فهو يساعد على تعلم الكائن الحى القيام بأشكال مختلفة من السلوك فى ظل ظروف متنوعة وذلك للحصول على التدعيمات أو المكافآت. ومن الممكن أيضاً أن نتعلم ربط هذا السلوك الفعال المؤثر على البيئة بمنبهات معينة وجدنا من خبراتنا السابقة أن المدعمات تتوفر فى حال وجودها. لكن السلوك الفعال مثل محاولة الوصول إلى الطعام لاتعتمد على رؤية الطعام نفسه بل على حافظ الجوع وعلى الظروف المحيطة وعلى قدر كبير من المنبهات الأخرى. وبذلك ترتكز طريقة الارتباط الشرطى الفعال على تعلم السلوك الإرادى وعلى زيادة أو إنقاص معدلات حدوثه.

ومبدأ التدعيم مفهوم أساسى فى تعلم السلوك الفعال. فلكى نزيد من معدل حدوث السلوك علينا أن نقدم للفرد (أو للكائن الحى) تدعيماً أو مكافأة عقب حدوث السلوك فوراً. ويؤدى التدعيم الفورى إلى تعلم السلوك بشكل جيد وسريع. ويميز سكينر بين نوعين من التدعيم:

التدعيم الموجب: وذلك بإعطاء مكافأة أو شيء مرغوب فيه عقب حدوث السلوك فوراً.

التدعيم السالب: والمدعمات السالبة هى مدعمات منفرة أى يعمل الفرد على تجنبها عادة. ويؤدى توقف هذه المنبهات المنفرة وظيفة التدعيم بالنسبة للسلوك الذى سبق حدوثه (أو أدى حدوثه إلى) توقف تلك المنبهات المنفرة. مثال ذلك إذا وضعنا فأراً داخل صندوق سكينر، ثم قمنا بكهربة أرضية الصندوق لنعطى الفأراً صدمة كهربية مؤلمة (لكنها غير مميتة) فإن أى سلوك يقوم به الفأر ويؤدى إلى توقف الصدمة سوف يميل الفأر إلى تعلمه، وإلى تكراره فى المستقبل كلما واجه نفس الموقف.

جداول التدعيم:

عند بداية تعلم الفرد للسلوك الجديد علينا أن نقدم التدعيم بصورة متسقة ومستمرة. ولكن علينا أن ننقل بعد ذلك إلى تقديم التدعيم بصورة متقطعة intermittent. ويصنف سكينر جداول التدعيم إلى أربعة أنواع، تبعاً لمتغيرين رئيسيين: أولهما: كون التدعيم المتقطع يقدم بصورة ثابتة محددة أو بصورة متغيرة. والثاني: كون التدعيم المتقطع يقدم تبعاً لعدد مرات الاستجابة، أو تبعاً للفترة الزمنية. والجداول الأربع على النحو التالي:

١- جدول النسبة الثابتة fixed ratio:

وتبعاً لهذا الجدول يقدم التدعيم عقب صدور عدد معين من الاستجابات.. فمثلاً قد يقدم التدعيم عقب كل خامس استجابة بشكل ثابت، أو عقب كل تاسع استجابة بشكل ثابت، وهكذا.

٢- جداول النسبة المتغيرة variable ratio:

وهنا يقدم التدعيم عقب صدور أعداد متفاوتة من الاستجابات تكور حول متوسط معين، فمثلاً تقدم التدييمات عقب صدور أعداد محددة سلفاً من الاستجابات، بحيث يكون المتوسط الإجمالي لأعدادها خمس استجابات مثلاً، أو سبع.. الخ.

٣- جداول الفترة الثابتة fixed interval:

وهنا يقدم التدعيم عقب مرور فترات زمنية ثابتة، فأى استجابة تصدر عقب انتهاء (أو اكتمال) الفترة الزمنية يتم تدعيمها.

٤- جداول الفترة المتغيرة variable interval:

وهنا يقدم التدعيم عقب مرور فترات زمنية متفاوتة في طولها ولكنها تكور حول متوسط معين. وقد أجرى سكينر وزملاؤه الكثير من التجارب للمقارنة بين كفاءة هذه الجداول التدعيمية المختلفة. وقد أظهرت تلك الدراسات أن الجداول المتغيرة تؤدي إلى تعلم أفضل وأكثر مقاومة للانطفاء من الجداول الثابتة. كما أن أفضل جداول التدعيم في مقاومة الانطفاء هو جدول النسبة المتغيرة (W. Hill, 1972; E. Hilgard & G. H. Bowery, 1966).

تشكيل السلوك:

يمكننا بواسطة تشكيل السلوك أن نعلم الأطفال سلوكاً مركباً من عناصر متعددة، وذلك على مراحل متتالية. وتعتبر كل مرحلة اقتراباً من الهدف النهائي. ولذلك يطلق

على الأسلوب المستخدم اسم أسلوب الاقتراب المتتابع^(٥). ويمكن الاستفادة من أساليب تشكيل السلوك في تعليم الأطفال مهارات معقدة نسبياً، وتتكون من عناصر عديدة. مثال ذلك المهارات الرياضية، والاجتماعية، والتربوية، والمهنية. ويتألف أسلوب تشكيل السلوك من عنصرين رئيسيين هما: التقريب المتتابع، والتسلسل^(٦). وتستخدم عملية التقريب المتتابع لتعليم الأطفال وحدة مفردة من السلوك، مثل عملية استخدام التواليت، أو خلع القميص، أو ارتداء البنطلون، بينما تستخدم عملية التسلسل لوصول عدة وحدات من السلوك معاً، كما هو الحال في ارتداء الملابس كاملة مثلاً. حيث يلبس الطفل الملابس الداخلية، والبنطلون، والقميص والجورب، والحذاء في تتابع متصل ومستمر (فراج، الملا، ١٩٧٦). وبذلك فإن التسلسل عبارة عن ربط عدة وحدات سلوكية، سبق تعلمها بأسلوب التقريب المتتابع، في سلسلة سلوكية، بحيث أن كل وحدة سلوكية تترتب على الوحدة السابقة لها، وتكون بمثابة منبه لبدء الوحدة التالية لها. ومن أمثلة استخدام أسلوب التشكيل مع التلقين^(٧) ما وصفه لوفاس ونيوسن & Lovas Newson عن تعليم المحاكاة اللفظية بهذين الأسلوبين، وذلك باتباع الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: يزد المعالج من الأصوات التي يتقن بها الطفل، وذلك بمكافأة الطفل كلما صدر عنه هذا السلوك (أية محاكاة للأصوات) وذلك باستخدام الطعام.

الخطوة الثانية: يدرّب الطفل على عمل تمييز زمني، فيتم تدعيم تلك الأصوات التي صدرها الطفل إذا حدثت في خلال خمس ثوان من عمل المعالج للأصوات.

الخطوة الثالثة: يتم تدعيم التمييزات الأرق لطبوغرافية صوت المعالج (أي شكل الاستجابة الصوتية). فيتم تدعيم الطفل على الاقترابات المتتالية الأكثر شبهاً بصوت حديث المعالج. إلى أن يصبح مشابهاً للصوت المعين الذي يصدره المعالج (مثلاً يقول (آه) عندما يقول المعالج (آ)).

الخطوة الرابعة: وفي هذه الخطوة يكرر المعالج الخطوة السابقة (الثالثة) بصوت آخر يختلف اختلافاً كبيراً عن الصوت الأول. مثلاً يقول (م) ويضع هذا الصوت مع الصوت الأول. ويدعم الطفل على إعطاء الصوت الصحيح فقط. وفيما بعد يتطلب المعالج من الطفل عمل تمييزات أدق كلما أضيفت أصوات جديدة. ثم يتم بعد ذلك تعليم المقاطع الصوتية، والكلمات والجمل عندما يصبح الطفل قادراً على التمكن من النطق بها (G.T. Wilson & K. D. O'Leary, 1980).

5 - Successive approximation.

6 - Chaining

7 - Prompting.

تحكم المنبهات^(٨) :

بعد أن يتعلم الطفل السلوك الجديد من خلال وسائل التدعيم يتعين علينا أن نساعد الطفل على إصدار هذا السلوك في ظل الظروف المناسبة لصدوره، أي في الوقت المناسب والمكان المناسب. فمثلاً بعد أن يتعلم الطفل من خلال أساليب تشكيل السلوك كيفية ارتداء ملابسه يلزمنا بعد ذلك أن نعلم الطفل أن يمارس هذا السلوك في المكان المناسب والزمان المناسب.

ويستخدم في تعليم الطفل هذا التمييز أسلوب تحكم المنبهات. وإذا استعرضنا سلوكنا العادي في حياتنا اليومية نلاحظ أن هناك منبهات أو علامات معينة توجه سلوكنا وتتحكم فيه.. فمثلاً إشارات المرور توجه قائد السيارة تبعاً للون الإشارات. كما يتأثر سلوكنا الاجتماعي بالمواقف التي يحدث فيها هذا السلوك. ويقول المثل العربي: "كل مقام مقال". وتلك المواقف التي تتحكم في سلوكنا ما هي إلا عبارة عن مجموعة من المنبهات التي اكتسبت قدرتها التوجيهية من خلال خبرات التعلم السابقة لدى الفرد.

وللوصول إلى اكتساب الفرد لتحكم المنبهات يستخدم أسلوب التدريب على تمييز المنبهات. ويتم ذلك بتقديم التدعيمات للفرد في ظل المنبهات الصحيحة، وعدم تقديم المنبهات في ظل التنبيهات غير الصحيحة. وبذلك يتعلم الفرد أن يميز بين المنبهات الصحيحة التي ترتبط بالتدعيم، والمنبهات غير الصحيحة والتي لا ترتبط بالتدعيم في حالة صدور السلوك. وبذلك يتعلم الفرد أن يصدر السلوك في ظل المنبهات التي يتوقع أن يحدث في ظلها التدعيم.

التلقين والتغيير الغير الملحوظ :

التلقين^(٩) هو عبارة عن مساعدة الشخص على القيام بالسلوك الصحيح بإعطائه إيماءات أو إشارات مبدئية. وهو في ذلك يشبه تلقين الممثلين على المسرح. وقد يشتمل التلقين على تعليمات لفظية أو حركات باليدين أو تحريك أيدي الطفل أو أجزاء الجسم الأخرى، أو الإشارة إلى أشياء معينة. وقد يشتمل التلقين على كل هذه العناصر وغيرها لمساعدة الطفل على إصدار السلوك الصحيح.. ولكن يتعين علينا بعد ذلك أن نستبعد هذه الإشارات والإيماءات، ونقتصر على الضروري منها فقط بشرط أن يتم هذا الاستبعاد بطريقة تدريجية وبطيئة، حتى لا نربك الطفل ونهدم كل ما سبق له تعلمه.

8 - Stimulus control.

9 - Prompting.

أنواع المدعمات:

هناك أنواع عديدة من المدعمات التي يمكن استخدامها في تعديل السلوك. فهناك بالطبع فروق فردية في تفضيلات الأفراد، وفيما يحبونه أو لا يحبونه من الأشياء المختلفة. ويجب اختيار تلك المدعمات التي يفضلها الفرد. وكلما زاد تفضيل الفرد للمدعمات وزادت حاجته لها كلما زادت قوت تلك المدعمات. وبذلك فعلينا قبل أن نبدأ في استخدام المدعمات التعرف على تفضيلات الفرد نفسه. وهنا نتبع أساليب التقدير السلوكي في استكشاف أنواع المدعمات المفضلة لدى الفرد.

ومن الممكن تصنيف المدعمات إلى الأنواع الثلاثة التالية:

- ١- المدعمات الغذائية: وهي تشمل أنواع الأطعمة أو المشروبات التي يحب الفرد تناولها. مثال ذلك الحلوى والكعك والأرز باللبن والفواكه وعصير الفواكه.. الخ.
- ٢- المدعمات الاجتماعية: مثل إعطاء المديح، والتشجيع، والجلوس على الحجر، والأحضان للطفل، والابتسام، والنظر للطفل.
- ٣- المدعمات النشاطية: مثل اللعب والمباريات، واللعب بالدمى، أو السباحة أو ركوب دراجة، أو مشاهدة اللعب التي تتحرك بالبطاريات، الخ.

ونقدم فيما يلي اختباراً للمدعمات يمكننا استخدامه في التعرف على أنواع المدعمات التي يفضلها الفرد، والتي نستطيع استخدامها بنجاح في برنامج تعديل السلوك (J. R. Cautela, 1979 ; G. Martin & J. Pear, 1978).

استخبار المدعمات المفضلة

الاسم: _____ التاريخ: ____/____/____

تشير البنود التالية إلى الأشياء التي يمكن أن تشعرك بالسرور أو البهجة والرضا. رجاء وضع علامة أمام كل بند توضح درجة الاستمتاع التي تشعر بها نحو البند:

البند	درجة الاستمتاع				
	لا يوجد	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً
الأطعمة					
١- الحلوى					
٢- بونبون					
٣- الشيكولاتة					
٤- لبنان					
٥- آيس كريم					
٦- الجيلي					
٧- المهلبية					
٨- البسكويت					
٩- الجاتوه					
١٠- الفول السوداني					
١١- اللب					
١٢- أطعمة أخرى:					
المشروبات					
١- اللبن					
٢- عصير الفواكه					
٣- شاي					
٤- قهوة					
٥- كوكاكولا					
٦- ماء					
٧- مشروبات أخرى:					

درجة الاستمتاع					البند
كثيراً جداً	كثيراً	وسط	قليلاً	لا يوجد	
					الأنشطة
					١- لعب الكرة
					٢- الألغاز
					٣- الرسم والتلوين
					٤- قص ولصق الورق
					٥- السباحة
					٦- نط الحبل
					٧- المشي
					٨- الجري
					٩- أشغال يدوية
					١٠- أشغال الإبرة
					١١- الشراء من المحلات
					١٢- ركوب دراجة
					١٣- ركوب اتوبيس أو قطار
					١٤- سماع الموسيقى
					١٥- مشاهدة التلفزيون
					١٦- القراءة
					١٧- مشاهدة كرة القدم
					١٨- مشاهدة المصارعة
					١٩- مشاهدة الملاكمة
					٢٠- الرحلات
					٢١- الذهاب للسينما
					٢٢- الذهاب للمسرح
					٢٣- أخذ حمام
					٢٤- النوم
					٢٥- أخرى:

درجة الاستمتاع					البند
لا يوجد	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً	
					المدعمات الاجتماعية
					١- للمديح
					٢- للتقبيل
					٣- الأضضان
					٤- الجلوس على الحجر
					٥- التريبت على الكتف
					٦- سماع قصة
					٧- لعب مباراة مع آخرين
					٨- الاستغماية
					٩- الانتسامات
					١٠- الاستحسان
					١١- الغناء
					١٢- الرقص
					١٣- الحفلات
					١٤- الكلام في التليفون
					١٥- اللعب مع أطفال آخرين
					المدعمات الرمزية
					١- النقود
					٢- العملة البلاستيك
					٣- نجوم الجدارة
					٤- كتابة الاسم بلوحة الشرف
					٥- أشياء أخرى:
					أشياء تعملها يومياً بكثرة
					١-
					٢-
					٣-
					٤-
					٥-

برامج التدعيم الرمزي :

يطلق على هذه البرامج أيضاً اسم برامج الاقتصاد الرمزي token economy. ويعتبر الاقتصاد الرمزي بمثابة تطبيق لنظرية الارتباط الشرطي الفعال لسكينر في مجال العلاج وتعديل السلوك. والفكرة الأساسية في برامج الاقتصاد الرمزي هي زيادة دوافع السلوك لدى المريض لكي يسلك بطريقة أكثر ملاءمة، وذلك بإعطائه المكافآت الرمزية كلما سلك بالطريقة الصحيحة (R. Baker, 1974).

وبرامج الاقتصاد الرمزي عبارة عن أنظمة اجتماعية اقتصادية علاجية شديدة التعقيد تستخدم في المؤسسات العلاجية كالمستشفيات ودور الإصلاح للجانحين وفي السجون وفي المدارس وغيرها. حيث يتم إعطاء المكافآت الرمزية كلما سلك الشخص بالطريقة المناسبة. والمكافآت الرمزية عبارة عن قطع من البلاستيك أو الورق المطبوع، والذي تم تحديد قيمة مادية معينة متفق عليها لكل قطعة منها. كما تستخدم أحياناً بدلاً عن ذلك علامات أو درجات الجدارة التي توضع على لوحة خاصة تعلق على الحائط. وهذه المكافآت الرمزية يمكن أن يستبدلها الفرد فيما بعد بأشياء حقيقية، كاستعمالها في الشراء من محل أو كائنتين داخل المؤسسة يتعامل بهذه العملة الرمزية.

وقد أتيح للمؤلف خلال فترة قضاها في دراسات ما بعد الدكتوراة في جامعة ليندز ببريطانيا في عام ١٩٧٦، أن يطلع عن كُتب على برنامج للعلاج بالاقتصاد الرمزي للمرضى العصاميين المزمنين.. وكان يشرف على البرنامج في ذلك الوقت روجر بيكر Roger Baker في إحدى مستشفيات الصحة النفسية هناك.

ويتم في مثل هذا البرنامج مكافأة المرضى على القيام بكثير من أنواع السلوك مثل العناية بالنظافة الشخصية، وحسن الهدام، ونظافة الغرفة، وترتيب الفراش، وتحضير المائدة وإحضار الطعام وتنظيف غرفة الطعام بعد الأكل والمشاركة في الأنشطة الفنية والأشغال اليدوية ... الخ.

وقد حققت برامج الاقتصاد الرمزي نجاحاً كبيراً، إلا أنها تعرضت للنقد أيضاً على أساس أنها تجعل المرضى يقومون بكثير من المهام التي يفترض أن يقوم بها العاملون بالمستشفى. كذلك فقد مكنت العلاجات الحديثة بالعقاقير من إخراج الكثير من المرضى المزمنين من المستشفيات. إلا أنه يظل لأساليب المكافأة والتدعيم الرمزي أهميتها الكبيرة خاصة في مساعدة الأطفال على تحسين سلوكهم وأدائهم، وذلك بشرط الاستخدام الصحيح والمنظم لهذه الأساليب تحت إشراف المتخصصين.

الفصل الثاني عشر العلاج السلوكي المعرفي

الفصل الثاني عشر العلاج السلوكي المعرفي

طُرأت على علم النفس في السنوات القلائل الماضية تطورات بالغة الأهمية غيرت من وجه هذا العلم تغييراً كبيراً. وتتمثل أهم هذه التطورات في حقيقة أن علم النفس قد أصبح معرفياً، كما قال أحد علماء النفس، أو ما أطلق عليه أيضاً "الثورة المعرفية في علم النفس" (B. J. Barrs, 1986). وإذا أمعنا النظر وجدنا أن العلاج السلوكي أيضاً قد سار في ركاب الثورة المعرفية، إن لم يكن قد قاد لواء تلك الثورة. فلا شك أن خبرات الفحص والعلاج كانت بمثابة حقل للتجارب واختبار النظريات والفروض. واكتشف المعالجون السلوكيون أن الإنسان ليس سلوكاً فقط، بل هو خليط من السلوك والمعرفة والخيال. وإذا استعرضنا تاريخ علم النفس ورجعنا إلى أوائل القرن العشرين وبالتحديد منذ عام ١٩١٣، عندما أعلن واطسون الثورة السلوكية بمقاله الشهير "علم النفس كما يراه العالم السلوكي"، لرأينا أن السلوكية قد ظلت منذ ذلك الحين تمثل التيار الغالب في علم النفس العلمي على الأقل. وكان أهم ما يميز الاتجاه السلوكي رفضه القاطع للظواهر التي لا تقبل الملاحظة المباشرة، أو التي تستعصى على أدوات المعامل والمختبرات. ومع مرور الزمن وتجمع المزيد من التراث العلمي، أتى على السلوكية حين من الدهر أنكرها فيه أبناؤها، وأدخلوا إلى المختبرات ظواهر التفكير والإبداع والمخيلة والتصور الذهني. وشيئاً فشيئاً تمكن الاتجاه السلوكي من استيعاب ودراسة تلك المتغيرات المعرفية مثل مفاهيم المطالب والتوقعات التي قدمها عالم النفس الأمريكي تولمان E. C. Tolman، ومفهوم المتغيرات الوسيطة الذي أدخله تولمان أيضاً إلى السلوكية، ثم طوره كلارك هل Clark Hull فيما بعد وزاده تفصيلاً. وللحق فإن القضية ليست قضية الاختيار بين السلوكية والمعرفية بقدر ما هي قضية ما الذي يمكن دراسته والتثبت من صحته بطرائق المنهج العلمي. والجديد في الأمر هو تطويع تلك المفاهيم المعرفية للتناول العلمي المنهجي. وتشمل العمليات المعرفية التي يتناولها علم النفس تلك العمليات المستترة^(١)، مثل التفكير والتخيل، وحديث النفس الداخلي، والترميز اللفظي verbal coding للخبرات التي يمر بها الفرد.

والواقع أننا إذا استعرضنا تاريخ العلاج السلوكي نفسمه نجد أن المعالجين

السلوكيين كثيراً ما استعملوا المفاهيم أو المتغيرات المعرفية. فمثلاً، فى أسلوب التطمين المنظم استخدم ولبه التخيل الذهني على نطاق واسع فى عملية العلاج، كما اعتمد على التقارير الذاتية للمريض عن مشاعره وإحساساته بالتوتر أو الاسترخاء وبالقلق أوطمأنينة. وكل ما حدث هو أن علماء النفس بوجه عام والمعالجون السلوكيون بوجه خاص اتجهوا إلى مزيد من الاستخدام والتطوير والتقنين المعرفى. وتؤكد هذه التطورات الحديثة على أهمية العمليات المعرفية الوسيطة فى تنظيم وتوجيه السلوك. بل إن هذه التطورات اتجهت نحو إعادة تفسير الارتباط الشرطى التقليدى والارتباط الشرطى الفعال باستخدام المصطلحات المعرفية. فالارتباط الشرطى لم يعد مجرد فعل منعكس متعلم يحدث بصورة آلية. بل أصبح علماء النفس المعرفيون ينظرون إلى الاستجابات الشرطية على أنها تنشأ ذاتياً على أساس "التوقعات" المتعلمة. وبالمثل فالتدعيم ليس مجرد عملية آلية لتقوية الرابطة بين المنبهات والاستجابات، وإنما هو بالأحرى مصدر للمعلومات وحافز منظم للسلوك. (G. T. Wilson, 1978)

الاتجاهات الرئيسية فى العلاج المعرفى

هناك عدد من الاتجاهات الرئيسية فى العلاج المعرفى، أهمها:

أولاً: الإشراف المستتر covert conditioning

ثانياً: تعديل البناء المعرفى cognitive restructuring، وهو يشمل الاتجاهات الثلاث التالية:

أ - العلاج السلوكى العقلانى الانفعالى عند ألبرت أليس Rational- A. Ellis (REBT) Emotive Behavior Therapy

ب - العلاج المعرفى Cognitive Therapy عند آرون بيك Aaron Beck

ج - التعديل السلوكى المعرفى Cognitive Behavior Modification، عند مايكنابم. وسوف نعرض فيما يلى لهذه الاتجاهات المعرفية بشيء من التفصيل.

أولاً: طرق الارتباط الشرطى المستتر :

وتمثل طرق الإشراف المستتر أقل النماذج المعرفية ابتعاداً عن السلوكية والعلاج السلوكى. وهى تطبق مبادئ الارتباط الشرطى لا على المنبهات والاستجابات القابلة للملاحظة المباشرة، ولكن على المنبهات والاستجابات المعرفية. ومعنى ذلك أن هذا الارتباط الشرطى يحدث بشكل رمزى فى الأذهان وليس بشكل سلوكى ظاهرى قابل للملاحظة الخارجية. ودور المريض هو استحضار تلك المنبهات والاستجابات والمدعمات فى مخيلته وبوضوح شديد، وحسب ترتيب معين يحدده له المعالج لى يتم

حدوث الارتباط الشرطي، أو الانطفاء. كذلك فقد يعتمد أسلوب القنوة المستترة covert modeling على تخيل المريض للشخص المقتدى به وهو يؤدي سلوكاً بعينه، ثم تخيل المريض لنفسه وهو يقوم بمحاكاته في أداء نفس السلوك، ثم تخيل المدعمات المترتبة على القيام بذلك السلوك. وبوجه عام يحاول هذا النموذج العلاجي تعليم الفرد أشكال السلوك المستتر covert behavior وأشكال المعرفة cognitions الأخرى، حسب المفاهيم السلوكية التقليدية. وقد اتجهت المحاولات المبكرة للإشراف المستتر إلى علاج مشكلات مثل التدخين، وتناول الخمر، وتعاطي المخدرات، والإفراط في تناول الطعام والبدانة، والانحرافات الجنسية، والخوف، والسكر.

ويشتمل الإشراف المستتر على عدة أساليب أهمها:

- ١- أسلوب التنفير المستتر covert sensitization.
 - ٢- أسلوب التدعيم الموجب المستتر covert positive reinforcement.
 - ٣- أسلوب التدعيم السالب المستتر covert negative reinforcement.
 - ٤- أسلوب الانطفاء المستتر covert extinction.
 - ٥- أسلوب تكلفة الاستجابة المستتر covert response cost.
 - ٦- أسلوب القنوة المستترة covert modeling.
 - ٧- أسلوب إيقاف التفكير thought stopping technique.
- وفي كل هذه الأساليب السابقة الذكر تلعب المخيطة imagery دوراً هاماً في العلاج. وسوف نعرض فيما يلي بإيجاز لاستخدام أسلوب العلاج بالتنفير المستتر.

أسلوب التنفير المستتر :

يستخدم أسلوب التنفير المستتر في علاج تلك المشكلات السلوكية مثل التدخين والإدمان والإفراط في تناول الطعام والبدانة. وتتضمن هذه الأشكال السلوكية سلوك اقتراب approach من موضوعات محددة. ويستهدف العلاج استبدال سلوك الاقتراب بسلوك آخر مضاد له عبارة عن تجنب الموضوع والابتعاد عنه والنفور منه، سواء تحت مختلف الظروف أو في ظل ظروف محددة (مثل الامتناع عن أنواع معينة من الطعام أو عدم الإفراط في تناول الطعام).

ويشتمل العلاج بالتنفير المستتر على قيام المريض بتخيل السلوك غير المرغوب (المطلوب تغييره) ثم تخيل المنبه المنفر. وبالطبع يتم ذلك كله على مستوى الخيال. وهناك خمسة عناصر أساسية ينبغي أن يشتمل عليها كل مشهد من المشاهد المتخيطة (C. E. Walker, et al, 1981) وهي:

- ١- الموقف المنبه.

- ٢- سلوك الاقتراب.
- ٣- المنبه المنفر.
- ٤- استجابة الهروب أو التجنب.
- ٥- الشعور بالارتياح.

ومن أمثلة استخدام أسلوب التغير المستمر في العلاج ما قام به كاوتيللا J. R. Cautela لعلاج حالة امرأة كانت تشكو من البدانة والإفراط في تناول الطعام S. (Walen, et al, 1977, P.19). وقد استهدف العلاج الحد من هذا السلوك الضار بالصحة. واعتمد العلاج على ربط هذا السلوك ببعض المنبهات المنفرة على المستوى المعرفي أساساً باستخدام المخيلة وعمليات التفكير. وكان المعالج يقدم لها المشاهد التي عليها أن تتخيلها على النحو التالي:

"أريد منك أن تتخيلي أنك تجلسين إلى المائدة لتناول طعام الغداء بالمنزل، وأنت قد انتهيت نواً من التهام ما حصلت عليه من اللحوم، وتمدين يدك عبر المائدة لتأخذي قطعة أخرى. وما أن تصل يدك إلى طبق اللحوم حتى تشعرين بالغثاسان وبحموضة شديدة في معدتك. وتأخذين قطعة من اللحم وتضعيها في طبقك، وبمجرد أن تفعل ذلك تصعد عصابات مرة لأذعة من معدتك إلى حلقك وفمك، فتقومين ببلعها.. وترفعين قطعة اللحم بشوكتك، وبمجرد وصول الشوكة إلى فمك تتقيئين على كل يدك، وعلى الطبق الموضوع أمامك، وينتشر القيء على المائدة ويتلثر على الجالسين الذين يأكلون معك. وينظرون إليك بهلع.. وتشعرين بالبوؤس، وتغطيكي لزوج قنرة، وترين مشهد القيء المختلط بجزيئات الطعام منتشراً على كل المائدة. ويجعلك هذا المشهد تتقيئين أكثر فأكثر.. وتسرعين بالوقوف والابتعاد عن المائدة.. وتخرجين من الغرفة، وحينئذ تبدئين في الشعور بالتحسن". ويتم تدريب المريضة على هذه المشاهد إلى أن تتمكن من تخيلها تخيلاً واضحاً.. كما يتم تدريبها على مشاهد أخرى تدعم سلوك الهرب أو الابتعاد عن الطعام، مثل:

"أريد منك أن تخيلي أنك قد انتهيت نواً من تناول وجبة الطعام وقررت أخذ بعض الحلوى، وبمجرد أن تقرري ذلك تبدئين في الشعور بإحساسات غريبة ومضايقة في معدتك. وتقولين لنفسك: لا لن أكل الحلوى، وعندئذ تشعرين في الحال بالهدوء والارتياح" (ibid, P. 19).

ويستعان أحياناً ببعض الوسائل المعينة والمساعدة لزيادة التأثير المنفر لتلك الصور المتخيلة كاستخدام بعض الروائح الكيميائية المنفرة، أو الصدمات الكهربائية الخفيفة، أو الصور السمعية أو البصرية المساعدة. ولا شك أن الاستخدام الناجح لمثل هذا العلاج يعتمد على قدرة المريض على التخيل، وعلى ما لخياله من حيوية ومن

تأثير وجداني في الاتجاه المرغوب. كما يتطلب نجاح العلاج وضع خطة مفصلة لتعميم آثار العلاج على مختلف المنبهات أو المواقف التي تستثير السلوك الغير الملائم.

أسلوب إيقاف التفكير :

تكلم ولبه عن أسلوب إيقاف التفكير كوسيلة لعلاج الوسواس أو التغلب على الأفكار التي يتكرر ورودها على الذهن، وتؤدي إلى إثارة القلق دون أن يكون لهذه الأفكار أي جدوى أو أي أساس من الواقع. ويرجع هذه الأسلوب إلى ألكسندر بين Alexander Bain سنة ١٩٢٨، وقد أعاد اكتشافه تايلور فيما بعد J. G. Taylor سنة ١٩٥٥ (J. Wolpe & A.A. Lazarus, 1966; J. Wolpe, 1969).

وقد وصف ولبه خطوات هذا الأسلوب، والتي تبدأ بأن يطلب المعالج من المريض أن يخلق عينيه ثم يستحضر التفكير الوسواسي، ويعبر عن هذا التفكير بصوت مسموع. وأثناء ذلك يصيح المعالج "توقف"، وينبه المريض إلى أن التفكير قد توقف فعلاً، ويكرر ذلك عدة مرات يطلب بعدها من المريض أن يختبر فعالية هذا الأسلوب بأن يقول لنفسه عند ورود التفكير الوسواسي "توقف"، وذلك دون صوت مسموع. وينبه المعالج المريض إلى أن الأفكار لن تختفي مرة واحدة، بل ستعود الظهور من وقت لآخر إلى أن تختفي بفضل استخدام هذا الأسلوب الذي يتعين على المريض استخدامه كلما عاودته الأفكار. وبعد ذلك يتجه الجهد إلى تعلم إخماد كل فكرة وسواسية في مهدها، ففي اللحظة التي يشعر فيها المريض بأن الفكرة على وشك الورد على ذهنه يقوم بكفها سريعاً، وذلك بتركيز انتباهه على شيء آخر. وبفضل هذا الأسلوب يتناقص معدل ورود الأفكار الوسواسية على الذهن إلى أن يتغلب عليها المريض ولا تعود تمثل مشكلة بالنسبة له (ibid, PP.224-225).

ويرى واكر وزملاؤه (Walker, et al, 1981) أن من الممكن تصور إيقاف التفكير نظرياً على أساس تصور نموذج العقاب. فصياح المعالج بأن يتوقف المريض عن الاستمرار في الفكرة المتسلطة هو عبارة عن نتيجة سلبية، أو عقاب يستخدم لخفض تكرار السلوك غير المرغوب فيه. ولكن إذا أمعن النظر نجد أن تفسير واكر وزملاؤه يمثل تبسيطاً زائداً، كما أنه لا يقدم لنا تفسير جيداً ومقنعاً. فقول المعالج "لا" أو "توقف" لا يمثل عقاباً في الحقيقة. فليس له معنى العقاب في تصور المريض. بل هو أقرب إلى أن يكون عبارة عن استبدال استجابة غير تكيفية باستجابة أخرى أكثر تكيفية، ألا وهي توقف التفكير الوسواسي والتفكير في شيء مختلف. ولأن الاستجابة الجديدة تؤدي إلى التدعيم الاجتماعي وإلى مشاعر الارتياح الداخلي، فإنها تحل

تدرجياً مكان الاستجابة الأولى.. فالعلاج لا يكون عقابياً إلا إذا أعقب التفكير الوسواسى نوع من المنبهات المنفرة كإعطاء صدمة كهربائية خفيفة مثلاً.

وقد استخدم أسلوب إيقاف التفكير بنجاح فى علاج أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية، مثل التفكير الهذائى delusional thinking، والهلاوس، والأفكار الاضطهادية، وغير ذلك من اضطرابات التفكير. كما استخدم أيضاً فى علاج المشكلات السلوكية التى ترجع إلى عمليات معرفية قهرية أو ملحة تسبق حدوث السلوك. ومن أمثلة ذلك استخدام هذا الأسلوب كعنصر من العناصر التى يشتمل عليها علاج مشكلات الإدمان والسكر، خاصة فى السيطرة على الأفكار والصور الذهنية التى تصاحب الرغبة الملحة فى تناول المخدر (حالة الخمران)، والتى تزيد بشكل تصاعدي إلى أن يصل الشخص المدمن إلى نقطة الاستسلام والقيام بتعاطى المادة المخدرة.

ويمكن من خلال التقدير السلوكى المعرفى تحديد نمط الاستجابات المعرفية التى يمر بها المدمن، مع ترتيبها ترتيباً تصاعدياً. ومن الممكن عندئذ قطع هذه السلسلة أو الحلقة المفرغة التى يمر بها المدمن قبل أن يصل به الدافع إلى مستوى من القوة لا يستطيع مقاومته بما يجعل التعاطى أمراً شبه حتمى. فهذه الصور الذهنية (البصرية، والسمعية، والشمية، والتذوقية، واللمسية)، وكذلك الأفكار التى يمر بها الفرد، وما يصاحبها أو يترتب عليها من مشاعر وجدانية؛ كل ذلك يودى إلى تراكم جهد الإثارة excitatory potential، (إذا استخدمنا اصطلاحات كلارك هل). وعندما يزيد جهد الإثارة (أو الاستجابة) ليصبح أعلى من مستوى عتبة الاستجابة تصدر الاستجابة الفعلية عن الفرد.

وبذلك تكون العناصر الأساسية لهذا النوع من العلاج بإيقاف التفكير مع التنفير على النحو التالى:

- ١- إعداد قائمة متدرجة من المنبهات المعرفية التى تسبق السلوك
- ٢- استحضار المنبهات فى الذهن
- ٣- تعليمات التوقف التى يعطيها المعالج
- ٤- إعطاء المنبه المنفر

ومن الدراسات الإكلينيكية التى أجريت لتقييم الآثار العلاجية لأسلوب توقف التفكير دراسة لومباردو وتيرنر على علاج مريض بالفصام المزمن، يبلغ ٢٥ عاماً، وكان من المترددين على أحد المستشفيات النهارية (T. W. Lombardo & S. M. Turner, 1979). وكان المريض يمضى وقتاً طويلاً فى اجترار أفكار تدور حول علاقات جنسية غيرية متخيلة. وقد سببت له هذه الأفكار الشعور بالاكتئاب. وفى وقت

العلاج لم تكن هناك أعراض ذهانية نشطة (بجانب هذه الأفكار)، كما كان المريض يتناول نواء التوفرائيل. وتم تحديد المستوى القاعدي (قبل العلاج) للأفكار الوسواسية. وقد تم ذلك بإعطاء المريض نموذج خاص يسجل عليه أوقات البداية والنهاية لكل فكرة وسواسية، وذلك لمدة ستة أيام. وبعد ذلك تم العلاج بالسير على خطة متدرجة، تبدأ من إيقاف التفكير في الأفكار المحايدة، وبعد ذلك إيقاف الأفكار المتوسطة في درجة الإزعاج، وفي النهاية الأفكار الأكثر إزعاجاً. كما تم أيضاً الانتقال من قيام المعالج بتوجيه تعليمات إيقاف التفكير إلى تدريب المريض وقيامه فعلاً باستخدام التعليمات بنفسه.

وقد أدى استخدام هذا الأسلوب إلى انخفاض المدة المستغرقة يومياً في الوسواس إلى ما يقرب من الصفر. على أن الأفكار الوسواسية عادت إلى الظهور عندما توقف العلاج لمدة عشرة أيام. ومع استئناف العلاج مرة أخرى اختفت الوسواس، كما استمر اختفاؤها فيما بعد لمدة تصل إلى ستة أسابيع وذلك بعد توقف العلاج مرة أخرى. وقد انتهى الباحثان من هذه النتيجة إلى أن أسلوب إيقاف التفكير أسلوب علاجي فعال بصرف النظر عن مضمون الوسواس. كما تشير الدراسة إلى إمكانية استخدام هذا الأسلوب مع الجماعات المرضية المختلفة.

تعقيب على أساليب العلاج المستتر:

أصبح الكثير من أساليب العلاج المستتر أثراً بعد عين، وانتقل إلى عداد تاريخ العلاج السلوكي، وذلك باستثناء القليل من أساليب الإشراف المستتر، خاصة أسلوب إيقاف التفكير في علاج الوسواس، وأسلوب التغير المستتر السابق الذكر، في محاولة التحكم في أشكال السلوك غير المرغوب اجتماعياً، مثل تعاطي الخمر والمخدرات، والانحرافات الجنسية، والإفراط في تناول الطعام. ومع ذلك فهذه الأساليب المتبقية لا تستخدم كعلاج قائم بذاته، بل ضمن عملية علاجية متكاملة تشتمل على استخدام العديد من الأساليب العلاجية الأخرى. (K. S. Dobson, 1991)

ثانياً: العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي :

يمثل العلاج السلوكي العقلاني-الانفعالي أسلوباً في العلاج النفسي يركز على نظرية في الشخصية، كما يستند على وجهة نظر فلسفية في الفرد والمجتمع. وقد بدأ ألبرت إليس Albert Ellis صياغة هذا العلاج في منتصف الخمسينات (١٩٥٥)، كما قدم مقالاً عن العلاج العقلاني الانفعالي في اجتماع رابطة علم النفس الأمريكية APA في شيكاغو في عام ١٩٥٦ A. (Ellis & R. A. Harper, 1975). وتمتد الجذور

الفلسفية لهذا العلاج إلى أقدم العصور في فلسفات الرواقيين مثل إبيكتيت، والامبراطور الروماني الفيلسوف ماركوس أوريليوس، وقد تأثر إليس أيضاً بالفيلسوف اليوناني أبيقور، والفيلسوف الألماني عمانويل كانت. كما تأثر بالفيلسوف البريطاني برتراند رسل، وبالفلاسفة الوجوديين، وغيرهم من الفلاسفة الذين عاشوا وفقاً لفلسفتهم أو عاشوا فلسفتهم. كما تأثر أيضاً بأفكار ألفرد أدلر وكارن هورني وإن يكن ألبرت إليس قد خالفهم بالطبع في صلب أفكاره (W. Dryden & A. Ellis, 1988).

والفكرة الأساسية للعلاج السلوكي العقلاني الانفعالي هي أن التفكير اللاعقلاني irrational يؤدي إلى المشاعر والانفعالات غير الملائمة والتي تؤدي بدورها إلى نشوء المشكلات السلوكية. وذكّرنا هذا بقول الفيلسوف الرواقي القديم في القرن الأول الميلادي "يشعر الناس بالشقاء ليس بسبب الأشياء (التي من حولهم) بل بسبب الأفكار التي يكونونها عن تلك الأشياء".

ويرى ألبرت إليس أن العصاب ينشأ ويستمر كنتيجة لأفكار غير سليمة وغير عقلانية (غير منطقية). فالفرد قد يعتقد في أهداف غير واقعية، مستحيلة، أو ينشد الكمال الذي يتجاوز حدود الواقع. ويذكر إليس أن التفكير العقلاني يتصف بالخصائص التالية:

- ١- أنه يبنى على أساس الوقائع الموضوعية وليس على الآراء الذاتية.
- ٢- إذا اتبع الإنسان التفكير العقلاني ترتب على ذلك المحافظة على الحياة، بدلاً عن الموت أو الإصابات.
- ٣- إذا اتبعه الإنسان تمكن من صياغة أهدافه في الحياة وتحقيقها بأسرع ما يمكن.
- ٤- إذا اتبعه الإنسان مكنه ذلك من منع حدوث الصراع الشخصي أو البيئي غير المرغوب.

وبإيجاز يساعد التفكير العقلاني على تحقيق البقاء والسعادة للإنسان. ويؤكد العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي على أهمية القيم الإنسانية.. تلك القيم التي تؤثر تأثيراً كبيراً في وعي الإنسان بل وفي حدوث التغيرات العلاجية. وبذلك فإن تبني قيم عقلانية يؤدي إلى التوافق، أما تبني القيم المطلقة أو التي تفترض الكمال في الإنسان فإنه يؤدي إلى حدوث المشكلات (A. Ellis, 1976).

ويورد ألبرت إليس اثنتي عشرة فكرة لامعقولة يرى أنها السبب الكامن وراء معظم الاضطرابات الوجدانية التي يتعرض لها الإنسان، ونعرض لها فيما يلي:

- ١- إن من الضرورات اللازمة للإنسان أن يحبه ويرضى عنه كل إنسان في مجتمعه.

- ٢- أنه يجب على الإنسان أن يكون قادراً وكفوفاً وناجحاً في كل النواحي إذا أراد أن تكون له قيمة.
- ٣- بعض الناس سيئون أو أشرار أو أسافل ويجب لومهم وعقابهم بشدة على ذلك.
- ٤- أنه لأمر فضيخ بل كارثة أن لا تسيطر الأمور كما نحب.
- ٥- يرجع شقاء الإنسان إلى أمور خارجة عنه، وأنه ليست للإنسان القدرة على التحكم في أحزانه واضطراباته.
- ٦- أنه إذا كان هناك شيء خطير أو مخيف فإنه يجب على الإنسان أن يقلق وأن يهتم به اهتماماً شديداً، وأن يواصل التفكير في احتمال وقوعه.
- ٧- تجنب الصعوبات والمسئوليات أيسر من مواجهتها.
- ٨- يجب على الإنسان أن يعتمد على غيره، كما أنه يحتاج إلى الاعتماد على من هو أقوى منه.
- ٩- أن ماضى الإنسان هو أهم محددات سلوكه الحاضر، وإذا أثر شيء ما تأثيراً قوياً على حياة الفرد في الماضي، فلا بد وأن يظل تأثيره مستمراً إلى مالا نهاية.
- ١٠- أنه ينبغي على الإنسان أن ينزعج بشدة لما يحدث للأخريين من مشكلات أو اضطرابات.
- ١١- أن هناك دائماً حل واحد صحيح ودقيق وله صفه الكمال للمشكلات الإنسانية، وعدم الوصول إلى هذا الحل يمثل كارثة.
- ١٢- يجب أن يكون للإنسان سيطرة تامة وأكيدة على كل الأمور.

نظرية (أ- ب- ج) في العلاج السلوكي العقلاني الإنفعالي:

يحلل ألبرت إليس العمليات النفسية إلى العناصر التالية:

أ - الأحداث المثيرة أو المؤثرة activating events.

ب- نسق الإدراك والمعتقدات والأفكار.

ج- النواتج: وهي الانفعالات والسلوك.

ويمثل العنصر الأول وهو الأحداث المثيرة أحداث الحياة الحقيقية، أو بعبارة أدق (فينومينولوجياً) إدراك الأحداث الخارجية، مثل وجود مشكلات في علاقة الشخص بالآخرين. وأما نسق المعتقدات فهو يشمل النواحي المعرفية والإدراكية والآراء والاعتقادات. وتشمل الانفعالات أنواع الانفعالات المختلفة السلبية منها والإيجابية. وقد أكد إليس منذ البداية أنه لا يجب النظر إلى النواحي المعرفية والوجدانية والسلوكية على أنها عمليات منفصلة إحداها عن الأخرى، بل يجب النظر إليها على أنها تعتمد إحداها على الأخرى، وتتفاعل إحداها مع الأخرى. وبذلك لا

يتفق إليس مع الذين تصوروا أن التأثير يحدث في اتجاه واحد هو أن العمليات المعرفية تؤثر على العمليات الانفعالية.

على أن ألبرت إليس يعطى دوراً مركزياً للعمليات المعرفية بوجه عام وعمليات التقييم بشكل خاص. ولذا يتكلم المختصون عن الأفكار العقلانية (المنطقية إن صح هذا التعبير) أو غير العقلانية. ويرى ألبرت إليس أن الإنسان ميل بطبيعته للتفكير اللاعقلاني. فمن السهل على الناس أن يتجهوا إلى المبالغة التي يتطلبونها من أنفسهم أو من غيرهم أو من العالم من حولهم (Dryden & Ellis, 1988). فالتفكير اللاعقلاني شائع بين البشر في مختلف الثقافات، ومستويات الذكاء، وعند المتدينين والملحدين على حد سواء، ورغم جهود التربية والتنشئة منذ الصغر. فالإنسان في نظر إليس معرض للخطأ ويرى أن الكمال ليس من صفات الإنسان (بل نضيف نحن هنا أن الكمال من صفات الله وحده). ورغم ذلك فيمقدور الإنسان أن يفكر وأن يمارس قدرته على اختيار العمل على تغيير الأفكار اللاعقلانية. وبذلك فهو ليس عبداً لتلك الأفكار اللاعقلانية.

طبيعة الاضطراب النفسي :

يرى ألبرت إليس أن المصدر الأساسي للمشكلات النفسية هو ميل الأفراد إلى عمل تقييمات جازمة أو مطلقة لما يدركونه من أحداث في حياتهم. وتأخذ هذه التقييمات صورة "يجب على.."، أو "ينبغي على.."، أو "لا بد من ..". ويسودى تبني الأفراد لهذه التقييمات المطلقة إلى عدد من الاستنتاجات التي تترتب عليها أو تشق منها. وهذه الاستنتاجات بدورها لاعقلانية أيضاً لأنها تعوق الفرد عن الوصول إلى أهدافه. ومن هذه الاشتقاقات: التهويل awfulizing، حيث يرى أن كل شيء يتصف بالسوء والشؤم؛ وتعليق كل شيء على تحقق الهدف، فيرى الشخص أنه لن يذوق أي طعم للسعادة على الإطلاق ما لم يتحقق شيء ما؛ والإدانة damnation، أو حكم الإنسان على نفسه أو على الآخرين بأنه (أو أنهم) تحت مستوى البشر.

كذلك بصوغ الناس العديد من الفروض اللا منطقية ومن أمثلتها: (A. Ellis & W. Dryden, 1988).

- ١- التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (التعميم المفرط).
- ٢- القفز للناتج التي لا تتسق مع المقدمات.
- ٣- قراءة الطالع، مثل قراءة أفكار الناس وتوقع تصرفاتهم بطريق أو بأخرى.
- ٤- التركيز على السلبيات.
- ٥- تأويل الإيجابيات تأويلاً سلبياً، حيث يرى أن مدح الآخرين لإنجازاته إشفاق عليه.

- ٦- الحكم بأن كل شيء سيكون أو لن يكون بصورة أو أخرى.
- ٧- التهوين من قيمة الإنجازات أو الإيجابيات.
- ٨- التفكير الانفعالي.
- ٩- التعميمات الزائدة.
- ١٠- أخذ الأمور بطريقة شخصية.
- ١١- الكلام الزائف.
- ١٢- طلب الكمال المطلق.

ويركز المعالج على ما يعبر عنه الشخص من الأفكار اللاعقلانية، والالتزامات المطلقة غير المشروطة. وهو ما يشكل المحور الفلسفي للاعتقادات اللاعقلانية والتي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي. وإذا لم يتم اكتشاف هذه الاعتقادات الخاطئة ومساعدة المريض على التخلص منها، فإن المرضى سوف يحتفظون بها في الغالب، وسوف يولدون منها اشتقاقات للاعقلانية. وهنا ينقب المعالج عن تلك المبالغات والتسهيلات وغيرها من صور التفكير الغير المنطقي، والتي تنشأ كنتيجة للتفكير المطلق للفرد في نفسه، أو في الآخرين، أو في العالم من حوله، خاصة عند مواجهة الإحباط.

المعالج :

يشجع المعالج المريض على استبدال التفكير المطلق بالتفكير النسبي. ويمكن التفكير النسبي الفرد من إعطاء درجات متفاوتة من الحسن والسوء بدلاً عن الأحكام المطلقة على الأمور. كما يساعد الفرد على تنمية القدرة على تحمل المواقف الصعبة، والعمل على تغييرها إذا أمكنه ذلك، كما يساعده على تقبل نفسه وتقبل الآخرين باعتبار أنه بشر معرض للخطأ وأن الإنسان ليس معصوماً من الأخطاء. ويرى إليس أنه إذا كان الاعتقاد في الضرورات والواجبات المطلقة هو صلب الاضطراب النفسي، فإن الفلسفة التي تعتمد على النظرة النسبية للأمور، أو ما يسميه إليس الرغبة desiring، هي الخاصية المميزة للأشخاص الأصحاء نفسياً.

وأول ما يترتب على هذه النظرة النسبية ذلك التقدير الكمي المتدرج لدرجات الحسن والسوء في الأشياء والمواقف، بدلاً عن الحكم على الأمور بأنها جيدة أو سيئة على وجه الإطلاق.

وثانيها: هو تحمل المواقف المحبطة، ومحاولة تغيير الموقف أو تغيير الهدف إن استحال الوصول إليه.

وثالثها: التقبل، أي تقبل النفس وتقبل الآخرين باعتبار الجميع بشر غير معصومين بل عرضة للخطأ.

ويميز ليس أيضاً بين الانفعالات السلبية المناسبة والانفعالات السلبية غير المناسبة. وترتبط الانفعالات المناسبة (السلبية منها والإيجابية) بالاعتقادات العقلانية أما الانفعالات غير المناسبة فترتبط بالاعتقادات اللاعقلانية. ويعطى إيس (ibid) أمثلة لأكثر الانفعالات السلبية المناسبة شيوعاً على النحو التالي:

- ١- الشعور بالانشغال في مقابل القلق concern versus anxiety.
- ٢- الحزن في مقابل الاكتئاب sadness versus depression.
- ٣- الشعور بالأسف في مقابل الشعور بالذنب regret versus guilt.
- ٤- الشعور بخيبة الأمل في مقابل الشعور بالعار والخزي disappointment versus shame/embarrassment.
- ٥- الضيق في مقابل الغضب annoyance versus anger.

ويوضح إيس أن العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي لاستهداف المشاعر السلبية المناسبة في العلاج بل يستهدف المشاعر السلبية غير المناسبة. فمثلاً لا يستهدف المعالج منع المريض من الشعور بالحزن لوفاة شخص عزيز عليه خلال فترة الحداد (والتي تمتد إلى حوالي أربعين يوماً).

ويرى إيس أن العلاج النفسي المتميز والذي يترك آثاراً باقية هو ذلك العلاج الذي يتضمن قيام الأفراد بإعادة البناء الفلسفي لاعتقاداتهم اللاعقلانية. وإحداث التغيير الفلسفي يتعين على الناس القيام بما يلي:

- ١- أن يدركوا أنهم يخلقون (إلى حد كبير) اضطراباتهم النفسية، ورغم أن الظروف البيئية يمكن أن تسهم في حدوث المشكلات، فإنها ذات اعتبار ثانوي عندما نكون بصدد عملية التغيير.
- ٢- أن يدركوا تماماً أن لديهم القدرة على التغيير الجوهرى لهذه الاضطرابات.
- ٣- أن يفهموا أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ إلى حد كبير عن الاعتقادات اللاعقلانية المطلقة والجازمة.
- ٤- أن يكتشفوا اعتقاداتهم اللاعقلانية وأن يميزوا بينها وبين البدائل العقلانية.
- ٥- أن يقدروا تلك الاعتقادات اللاعقلانية باستخدام المناهج العلمية المنطقية المبريرية.
- ٦- أن يعملوا على تشرب تلك الاعتقادات العقلانية الجديدة باستخدام طرق التغيير المعرفية والانفعالية والسلوكية.
- ٧- أن يستمروا في عملية تحدى وتنفيذ الاعتقادات اللاعقلانية باستخدام طرق التغيير المتعددة الجوانب طيلة حياتهم بعد ذلك.

وقد قارن ألبرت إيس بين العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي وبين العلاجات السلوكية المعرفية الأخرى بما يضيق المقام عن تفصيله في هذا العرض الموجز. ومن بين ما يلاحظه إيس أنه يتبنى في نظريته وجهة نظر وجودية إنسانية، وأن المشكلات النفسية تنشأ كنتيجة لأخذ الحياة بجدية شديدة، كما أنه يستخدم العديد من طرق العلاج "بروح المرح والفكاهة". كما أنه يميز بين المشاعر السلبية العقلانية واللاعقلانية. وأن المعالجين هنا يعطون للمريض القبول غير المشروط بدلاً عن الدفء العاطفي. ويؤكد العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي على استخدام النشاط والقوة في محاجة الفلسفات ومظاهر السلوك اللاعقلانية، كما يحث المعالجين والمرضى على استخدام القوة والنشاط في وقف الأفكار اللاعقلانية.

التطبيقات العلاجية :

يرى ألبرت إيس أن بناء علاقة علاجية فعالة بين المريض والمعالج عنصر هام، لكنه ليس عنصراً ضرورياً للعلاج الناجح. ويمكن للمعالج أن يستخدم أسلوباً موجهاً أو غير موجه في العلاج. ودور المعالج أشبه بدور المربي أو المعلم الذي يحاول جهده خلق مناخ ملائم للتعليم.

ويتقبل المعالج هنا المرضى تقبلاً غير مشروط باعتبارهم بشر معرضون للخطأ، وإن لم يتقبل بعض أشكال السلوك التي قد تصدر عنهم خارج جلسات العلاج أو داخلها. وهنا يميز إيس بين التقبل والدفء، فالتقبل ضروري، ولكن الدفء (في العلاقة) قد يؤدي إلى زيادة حاجة المريض للحب والموافقة، وهو شيء غير صحي. وإن كان الدفء ضرورياً أحياناً كما هو الحال في حالة المريض شديد الاكتئاب، وذلك لفترة وجيزة.. ويتفق ألبرت إيس مع كارل روجرز حول أهمية التعاطف الوجداني empathy. فالمعالج يبدي تعاطفه وتفهمه وإحساسه بمشاعر المريض، وأنه يفهم فلسفته التي تركز عليها مشاعره.

كما يستخدم المعالج روح الفكاهة إذا كان ذلك مناسباً للموقف ولشخصية المريض وظروفه الخاصة بشرط ألا تتعلق روح الفكاهة بشخصية المريض وإن تناولت أحياناً بعض مظاهر سلوكه.

عملية العلاج :

يقوم المعالج في البداية بإعطاء المريض تنقيفاً أو شرحاً حول طبيعة العلاج العقلاني المعرفي. ثم يقوم المعالج بعد ذلك بعملية الفحص أو التقييم. وهنا قد يجيب المفحوص على بعض الاستخبارات التي توضح بعض الأفكار اللاعقلانية التي يعبر

عنها تلقائياً. كما يقوم بوضع المعلومات التي جمعها في صورة خاصة، هي: أ، ب، ج. ويقوم بربط (أ) المواقف (ب) بالأفكار و(ج) بالمشاعر والانفعالات. ونعرض هنا لمثال لجمع المعلومات خلال جلسات العلاج.

مثال:

المعالج: وماذا كان شعورك هنا؟

المريضة: أظن أنني شعرت بالغضب.

المعالج: الغضب لماذا؟ (هنا حصل المعالج على "ج"، ويريد الوصول إلى "أ")

المريضة: لقد شعرت بالغضب لأنه لم يرسل إلي بطاقة تهنئة بعيد ميلادي (هنا يقدم المريض "أ")

المعالج: وما الذي أغضبك في ذلك؟ (محاولة الاستقصاء لمعرفة ما إذا كانت "أ" هي الأكثر تعلقاً)

المريضة: حسناً، لقد وعدني بأنه سوف يتذكر. (أ ٢)

المعالج: تقصدين لأنه أخلف وعده؟ (استقصاء للتحقق من أ ٢)

المريضة: شعرت بأنه لم يهتم بي بما فيه الكفاية. (أ ٣)

المعالج: دعينا نفترض صحة ذلك لمدة دقيقة واحدة. ما الذي يضايكك في ذلك هنا؟

المريضة: ربما أنه سوف يتركني (أ ٤)

المعالج: وماذا إذا فعل ذلك؟

المريضة: سأعيش وحيدة. (أ ٥)

المعالج: وماذا إذا عشت وحيدة؟

المريضة: لن أتحمل ذلك. (اعتقاد لاعقلاني)

المعالج: طيب.. دعينا نرجع قليلاً إلى الوراء. ما الذي يمكن أن يكون أكثر إزعاجاً لك: عدم إرسال بطاقة عيد ميلاد لك، أو خلف الموعد، أو حقيقة أنه لا يهتم بك، أو أن يتركك تعيشين وحيدة؟ (يحاول المعالج هنا معرفة أي "أ" هي الأكثر تعلقاً).

المريضة: بالتأكيد أن أكون وحيدة.

ويوضح المثال السابق أنه يتم ربط الاستدلالات ببعضها البعض، كما يتم ربطها بالانفعالات أيضاً. فهنا يتم ربط الغضب بمشاعر القلق من أن تصبح تلك الزوجة وحيدة. ويصعب أحياناً وصف الآثار السلوكية أو الانفعالية (ج). وهنا يستعين المعالج ببعض الأساليب مثل أسلوب الكرسي الخالي، أو أساليب الدراما، أو التخيل وغيرها من الأساليب كالتسجيل اليومي للخبرات السلوكية والانفعالية التي يمر بها الفرد.

وعند الكشف عن الآثار السلوكية أو الانفعالية السلبية يتجه المعالج إلى مساعدة المريض على التعرف على الاعتقادات اللاعقلانية المتصلة بتلك الآثار. ومن المهم هنا مساعدة المريض على أن يرى الصلة أو العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية (خاصة تلك التي تتعلق بالواجبات والالتزامات) والنتائج غير الملائمة المترتبة عليها (سلوكية كانت أو انفعالية).

وبعد أن يرى المرضى تلك العلاقات بين أفكارهم اللامعقولة وبين مشاعرهم السلبية، ينتقل المريض إلى مرحلة التنفيذ disputing. والهدف الأول لهذه الرحلة هو مساعدة المريض على اكتساب الاستبصار بأنه لا يوجد دليل يؤيد تمسكهم باللوازم والواجبات المطلقة، والاشتقاقات اللاعقلانية المستمدة منها.

الأساليب العلاجية الرئيسية :

يذكر ألبرت إيليس أن المعالجين لديهم حرية استخدام أية أساليب علاجية مستمدة من المدارس العلاجية الأخرى، على أن تستخدم هذه الأساليب في ضوء نظرية العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي. ويصنف هذه الأساليب في ٣ فئات هي: الأساليب المعرفية، والأساليب الانفعالية، والأساليب السلوكية. وسوف نعرض لتلك الأساليب باختصار فيما يلي:

أولاً: الأساليب المعرفية:

وأكثر الأساليب المعرفية شيوعاً تنفيذ الاعتقادات العقلانية، وتشتمل على ثلاث خطوات:

- أ - مساعدة المريض على أن يكتشف الاعتقادات اللاعقلانية التي تكمن وراء مشكلاته الانفعالية والسلوكية.
- ب- مناقشة وتحري صدق أو خطأ تلك الاعتقادات اللاعقلانية.
- ج- التمييز بين الاعتقادات العقلانية واللاعقلانية.

ويستخدم في هذه المناقشة المنهج السقراطي المعروف باسم منهج "التهمم والتوليد" بجانب الأساليب الأخرى للمناقشة. كما يتم تشجيع المريض على قراءة المؤلفات المتعلقة بفلسفة العلاج العقلاني الانفعالي، وكذلك الاستماع إلى تسجيل جلسات العلاج، واستخدام مناهج العلاج العقلاني الانفعالي مع غيره من الناس.

كما تستخدم أساليب أخرى مثل التخيل العلاجي، والاسقاط الزمني time projection. فمثلاً إذا قال المريض أنه يتوقع حدوث كارثة إذا وقع شيء معين (مثل فقدان شيء أو شخص عزيز)، يطلب منه المعالج أن يتخيل ذلك الموقف عند مراحل

مختلفة بعد وقوع ذلك الشيء. ويساعد ذلك المريض على أن يرى أن الحياة سوف تستمر بعد وقوع ذلك الحدث الفظيع، وأنه سوف يقف على قدميه بعد ذلك، وأنه سيستمر في محاولة الوصول لأهدافه في الحياة، بل وصياغة أهداف جديدة.

ثانياً: الأساليب الانفعالية:

يطرح المعالج من البداية الاتجاه الانفعالي بالتقبل غير المشروط للمريض. كما يستخدم المعالج العديد من الأساليب التي تعتمد على الفكاهة حتى يساعد المريض على تغيير روح الجدية الشديدة المبالغ فيها. ويستخدم المعالج أحياناً الشعور بل وحتى الغناء كوسائل مساعدة في تنفيذ الاعتقادات اللاعقلانية. كما تستخدم أيضاً بعض الأساليب الدرامية مثل لعب الأدوار، وأسلوب المقعد الخالي empty chair، وذلك بأن يطلب من المريض مثلاً أن يتخيل شخصاً ما (نو أهمية خاصة بالنسبة له كالأم أو الزوج أو الصديق، الخ) يجلس على الكرسي المواجه له، ويطلب منه أن يعبر له عن أفكاره ومشاعره.

ثالثاً: الأساليب السلوكية:

يستخدم المعالجون أيضاً الكثير من الأساليب السلوكية المعروفة والتي تسهل حدوث التغيير المعرفي. ومن أمثلة ذلك أساليب التطمين الحية in vivo desensitization، وأساليب الفيض flooding، وذلك بدلاً عن استخدام الأساليب المبنية على أساس خفض المثيرج للحساسية أو المخاوف، والتي يرى إليس أنها لا تساعد المريض على تنمية قدرته على تحمل الإحباط. كما يشجع المعالج المريض على البقاء في المواقف المثيرة للقلق وعدم الهروب منها، وكذلك استخدام الأساليب المضادة لتأجيل القيام بالمسؤوليات، وكذلك أساليب الثواب والعقاب.

وبوجه عام يتبنى المعالج وجهة نظر توفيقية eclectic تأخذ من المدارس العلاجية المختلفة ما يتماشى مع فلسفة العلاج العقلاني الانفعالي.

تقييم نظرية العلاج العقلاني الانفعالي :

تعرضت نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للنقد من جانب بعض علماء النفس على أساس الافتقار إلى الدراسات والبحوث التي تقيم نتائج العلاج بالمقارنة بعدم تلقي العلاج أو بالعلاج الإيهامي (البلاسيبو) (Wilson & O'Leary, 1980). غير أن درايدن وإليس يعرضان العديد من الدراسات التي تؤيد القول بفعالية النظرية في علاج المشكلات النفسية. وقد عرضا للدراسات التي اعتمدت على تصميم مقاييس تقيس التفكير اللاعقلاني، ثم تستخدم هذه المقاييس في التعرف على مدى توفر التفكير

اللاعقلاني عند الفئات المرضية المختلفة (Dryden & Ellis, 1980). وقد بينت هذه الدراسات أن تلك المقاييس تتصف بالثبات والصدق. كما بينت أيضاً أن التفكير اللاعقلاني يرتبط بالمشاعر والسلوك المرضي لدى عديد من الفئات المرضية المختلفة كالممنين، والمرتفعين في القلق، والاكتئاب، وغيرها.

كما يعرضان للدراسات التي أجريت لتقييم آثار العلاج، والتي تشير إلى التحسن في نواحي متعددة مثل التوافق، والقلق، والاكتئاب، والمشكلات السيكوسوماتية، والمخاوف المرضية والعلاقات الزوجية.

ثالثاً: العلاج المعرفي عند آرون بيك :

طور آرون بيك Aaron Beck نظريته في العلاج المعرفي بصورة مستقلة عن ألبرت إليس. وكما ذكرنا من قبل فإن ألبرت إليس قدم أول تقرير له عن العلاج العقلاني الانفعالي في مؤتمر رابطة علم النفس الأمريكية في شيكاغو سنة ١٩٥٦، بينما نشر آرون بيك أول تقرير له عن العلاج المعرفي سنة ١٩٦٣ (A. Ellis, 1989). ويلاحظ أن هناك بعض وجوه الشبه بين النظريتين، وإن كان الاتجاه المعرفي عند بيك مبني على أساس سلوكي إلى حد كبير (Wilson & O'Leary, 1980). ويستند إلى تصور نظري يرى أن وجدان الفرد وسلوكه يتحددان بدرجة كبيرة بناءً على الطريقة التي ينظم بها العالم (فكرياً). وقد بدأ آرون بيك عمله الاكينيكي باستخدام طرق التحليل النفسي. غير أنه سرعان ما رفض تفسير التحليل النفسي للاكتئاب بأنه غضب مرتد إلى الداخل. وأثر بدلاً عن ذلك أن يركز اهتمامه على محتوى التفكير السلبي للشخص المريض بالاكتئاب النفسي. وقد رأى بيك أن مريض الاكتئاب يعاني من تشوش في معالجة المعلومات، ينتج عنه تلك النظرة السالبة للذات، وللمستقبل، وللعالم. وتكمن تلك النظرة السالبة وراء الأعراض المرضية السلوكية والانفعالية والدافعية للاكتئاب النفسي. ويطلق بيك على النظرة السالبة للذات والعالم والمستقبل اصطلاح "الثلاثي المعرفي". وتكمن قيمة النموذج المعرفي في تأكيده على الأحداث العقلية التي يسهل الوصول إليها (الشعورية منها والقبل الشعورية preconscious) والتي يمكن تدريب المريض على ملاحظتها والحديث عنها مع المعالج.

ويركز المعالج المعرفي اهتمامه على أفكار المريض واعتقاداته وتوقعاته وتقييماته وإنحاءاته attributions بالمسؤولية أو الأسباب. ويشجع المعالج المريض على النظر إلى تلك الاعتقادات التي تتضح أثناء الفحص والعلاج باعتبارها فروضاً تحتاج إلى الفحص للتحقق من صحتها. ومن خلال الفحص والدراسة المتأنية

للاعتقادات يستطيع المريض الوصول إلى وجهة نظر مختلفة. ومع حدوث التغير في تفكير المريض واعتقاداته تبدأ مشاعره حول الموضوع في التغير.

ومن خلال المحاولات المتكررة للتعرف على أفكار المريض واعتقاداته حول ما يمر به من أحداث، ومن خلال مناقشة تلك الأفكار والاعتقادات، تنخفض درجة انزعاج المريض وتنخفض أيضاً مشاعره السلبية نحو تلك الأحداث. كما يتضح للمريض من خلال ذلك أن مشاعره إنما تنتج عن أفكاره مما يزيد من إحساسه بالقدرة على التحكم في مشاعره، ويزيد من شعوره بالأمل والتفؤل والارتياح. كذلك يبدأ المريض بعد ذلك في استعمال الأساليب المعرفية بنفسه في المواقف التي تواجهه في حياته اليومية. بل إن المريض يستمر في استعمال تلك الأساليب حتى بعد انتهاء العلاج مما يقلل من حدوث الانتكاسات.

المخططات أو المنسوقات الذهنية schemata :

لا يتوقف المعالج عند حدود الأفكار والاعتقادات بل يبحث فيما وراءها عن تلك المخططات أو المنسوقات الذهنية التي تنظم تلك الأفكار والمعتقدات. ومن خلال تحليل الكثير من الأمثلة على الاضطراب الانفعالي يستطيع كل من المعالج والمريض رؤية أن المريض لديه تلك الأنماط الفكرية أو البناءات المعرفية التي تكمن وراء الأفكار والاعتقادات الفردية. واكتشاف تلك المخططات الذهنية أكثر مشقة من اكتشاف الأفكار الأوتوماتيكية.

وتمثل هذه المخططات الفكرية محور الاضطراب المعرفي. وهي تشبه في اتساعها وشمولها الأفكار اللاعقلانية عند ألبرت إليس. وتأخذ المخططات الذهنية صورة القضية: "إذا كان 'أ' كذا ... فإن 'ب'". ومن أمثلة ذلك: "إذا لم أكن كفواً في كل ناحية من النواحي، فإنني أكون إنساناً فاشلاً".

وبعد أن يتم الوصول إلى تلك المخططات الذهنية يقوم المعالج بمناقشتها مع المريض من ناحية صدقها أي درجة اتفاقها مع الواقع في حياة المريض. كما يتم مناقشة جدواها أو فوائد وأضرار التمسك بها بالنسبة للمريض. ومن خلال تلك الاستكشافات والمحاورات العلاجية يتعلم المريض كيف ينظر إلى تفكيره نظرة فاحصة؛ بل يمكنه بعد ذلك أن يلاحظ أفكاره في المواقف المختلفة ويعمل على تغيير تلك الأفكار التي تسبب له القلق أو الانزعاج. وبذلك يضعف تمسك المريض بتلك المخططات الذهنية، بحيث تحل مخططات جديدة أكثر إيجابية محل المخططات الذهنية القديمة.

الأخطاء المعرفية:

يرى بيك أن الناس جميعاً معرضون لأنماط معينة من الأخطاء المعرفية الشائعة. ويكثر حدوث تلك الأخطاء المعرفية بصورة خاصة في حالات الاضطراب النفسى. ويقوم المعالج أثناء العلاج بشرح تلك الأخطاء المعرفية للمريض ويساعده على تعلم كيفية اكتشاف تلك الأخطاء وتغييرها. ويلاحظ أن هذه الأخطاء المعرفية تشبه الأفكار اللامعقولة عند ألبرت إليس. وسوف نتحدث هنا عن أهم تلك الأخطاء المعرفية وأكثرها شيوعاً.

- ١- الاستدلال العشوائى: ويشير ذلك إلى عملية استنتاج تعميمات أو استنتاجات محددة دون توفر الأدلة المنطقية التى تبرر ذلك الاستنتاج، أو عندما تكون الأدلة مناقضة للاستنتاجات.
- ٢- التجريد الانتقائى: وهو عبارة عن تركيز الانتباه على تفصيل محدود خارج السياق الخاص به. ويعنى ذلك تجاهل الملامح البارزة للموقف، وتصور الخبرة الكلية على أساس هذه التجزئة الانتقائية.
- ٣- التعميم الزائد: ويشير ذلك إلى استنتاج قاعدة عامة أو استنتاج عام على أساس عدد محدود من الأحداث المنعزلة التى لا تكفى لتبرير هذا الاستنتاج وتعميمه على مواقف أكثر اتساعاً، قد تتصل أو لا تتصل بتلك الأحداث.
- ٤- التكبير والتصغير: وينعكس ذلك فى أخطاء تقييم دلالات أو حجم الأحداث بشكل مبالغ فيه، بما يودى إلى تشويه الحكم عليها بشكل مبالغ فيه.
- ٥- النظرة الذاتية إلى الأمور: ويشير ذلك إلى أخذ الأمور بطريقة شخصية، وإلى ميل الفرد إلى ربط الأحداث بشخصه عندما لا يتوفر أى أساس لهذا الربط.
- ٦- التفكير الاستقطابى: ويتمثل فى ميل الفرد إلى تصنيف الخبرات فى إحدى فئتين متضادتين (إما كذا أو كذا). مثال ذلك: الشيء إما أبيض أو أسود؛ أو أن الشيء إما نظيف أو قذر؛ أو أن الشخص إما ملاك أو شيطان. ويلاحظ فى هذا الصدد أن المريض يختار لنفسه الصفات السلبية.

الاستراتيجيات السلوكية فى العلاج المعرفى:

يستخدم المعالج المعرفى بعض الاستراتيجيات السلوكية لمساعدة المريض فى القيام بأشكال السلوك التى يجد صعوبة فى القيام بها. ومن هذه الأساليب تقسيم أو تجزئة المهام الصعبة إلى عدد من الخطوات الصغيرة التى يتكرب على ممارستها واحدة بعد الأخرى. فمثلاً إذا كان من الصعب على الشخص إلقاء خطاب أو محاضرة، فقد يتم تقسيم هذه العملية إلى عدة خطوات أو مراحل. فمثلاً يبدأ الشخص

بإعداد النقاط الأساسية، ثم إعداد المواد اللازمة لتحضير الخطاب، ثم كتابة الخطاب، ثم التدريب على إلقاء الخطاب باستعمال جهاز تسجيل، يلي ذلك التدريب أمام بعض الأصدقاء أو أفراد الأسرة، إلى أن ينتهي بالإلقاء الفعلي للخطاب. ويحسن عند تقسيم تلك المراحل أن نبدأ بالمهام السهلة أولاً ثم ننتقل منها إلى المهام الأكثر صعوبة. ويساعد ذلك على تسهيل التدريب وعلى بث الثقة بالنفس.

أساليب العلاج المعرفي :

يتركز العمل العلاجي المعرفي حول استخدام الأداة المسماة بالسجل اليومي للأفكار المعوقة (أنظر الجدول رقم ١٢-١) Daily Record of Dysfunctional Thoughts، أو استخدام صورة معدلة من تلك الأداة. ويحتوي السجل اليومي للأفكار المعوقة على خمسة أعمدة. ويتعلق ثلاثة من هذه الأعمدة بالعناصر الآتية: الموقف، الأفكار الأوتوماتيكية، الانفعالات، أما العمود الرابع فيحتوي على الاستجابة التكيفية (البديلة المضادة للاعتقاد اللاعقلاني). وفي العمود الخامس يسجل المريض النتائج بالنسبة لدرجة اعتقاده في الأفكار الأوتوماتيكية، وكذلك درجة الانفعالات الناتجة. ويتم تدريب المريض على استخدام السجل اليومي، ويطلب منه استخدامه بصورة خاصة في حالات الانفعالات الغير السارة. ويقوم المريض بإحضار هذه المعلومات إلى جلسات العلاج حيث يبدأ التدخل العلاجي.

الموقف	الانفعالات	الأفكار الأوتوماتيكية	الاستجابة العقلانية	النتائج
١- صف الحدث الفعلي الذي أدى إلى الانفعال السلبي، أو	١- حدد هل كنت حزين أو غاضب.. الخ	١- لكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت الانفعال	١- لكتب الاستجابة العقلانية التي ترد بها على الأفكار الأوتوماتيكية	١- حدد مرة أخرى درجة اعتقادك في الأفكار الأوتوماتيكية (من صفر إلى ١٠)
٢- تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو التكريرات التي أدت إلى الانفعال السلبي	٢- حدد مقدار الانفعال (من صفر إلى ١٠)	٢- حدد درجة اعتقادك في الأفكار الأوتوماتيكية (من صفر إلى ١٠)	٢- حدد درجة اعتقادك في الاستجابة العقلانية (من صفر إلى ١٠)	٢- حدد مقدار الانفعال الناتج (من صفر إلى ١٠)

شكل رقم (١٢-١) يبين السجل اليومي للأفكار المعوقة

ويتوقع أن تتغير درجة الاعتقاد في الأفكار الأوتوماتيكية، وفي الأفكار العقلانية، وكذلك في درجة الانفعال بعد القيام بتفحص الأفكار الأوتوماتيكية، ومعانيها أو دلالاتها، وبعد أن يتم تغييرها. ويدل عدم حدوث التغير المتوقع على أن عملية الفحص والتحليل لم تتم بشكل جيد، وأن هناك حاجة للمزيد من الفحص خاصة لمعاني ودلالات الأفكار.

وهناك عدد من الأسئلة الهامة التي تساعد على القيام بعملية فحص وتحليل الأفكار الأوتوماتيكية وتغييرها. ومن أهم تلك الأسئلة:

- ١- ما هي الأدلة المؤيدة والمناقضة للاعتقاد؟
- ٢- ما هي التفسيرات البديلة للحدث أو الموقف؟
- ٣- ما لذي يترتب على الاعتقاد إن كان صحيحاً؟

الأخطاء المعرفية:

وبجانب الأسئلة الثلاث السابقة يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يعرف ما إذا كان تفكيره يندرج تحت إحدى فئات الأخطاء المعرفية السابقة الذكر أم لا. كما يساعد المعالج المريض على التخلي عن الاستنتاجات غير المنطقية، أو أن يتخذ موقفاً أكثر اعتدالاً بدلاً عن النظرة المتطرفة للأمور، وأن يحلل استنتاجاته ويتفهم معانيها ثم يقوم بتصحيحها بناءً على ذلك.

وبجانب ذلك يقوم المعالج بالعمل مع المريض على استكشاف تلك الاعتقادات الدفينة الكامنة وراء الاعتقادات السطحية. ويستخدم المعالج أحياناً بعض الأدوات المساعدة مثل استمارة الاتجاهات المعوقة Dysfunctional Attitude Schedule، والتي تساعد على التعرف على أهم مجاميع الاتجاهات أو المخططات المعرفية التي تسبب المتاعب.

ويشتمل العلاج كذلك على استخدام عدد من الأساليب السلوكية، ومنها تكليف المريض بالقيام بالأعمال والأنشطة المختلفة بهدف تغيير المسلمات الذهنية التي أصبحت جزءاً من نسقه المعرفي المسبب للمرض، مع تخطيط هذه الأنشطة بشكل جيد ومبسط، بحيث تنمي الاحساس بالنجاح والسيطرة لدى المريض.

كما تستخدم الخبرات السارة لتغيير الحالة المزاجية للمريض. وكثيراً ما نلاحظ لدى المريض مقاومة للاندماج في الخبرات السارة التي يكلف بالقيام بها بين جلسات العلاج. ويمكن هنا الاستعانة ببعض أدوات القياس لتخطيط هذه الأنشطة، مثال ذلك استمارة المدعمات التي سبق الإشارة إليها عند حديثنا عن الأساليب السلوكية في

العلاج. كما تستخدم أيضاً أساليب التدريب على الجراحة الاجتماعية^(٢)، ولعب الأدوار role play. كما تستخدم أيضاً أساليب تصحيح الإنحاء (باللوم) reattribution. فمن المعروف أن أحد الأخطاء المعرفية الشائعة في الاكتئاب النفسي أن ينحى المريض باللائمة على نفسه، وبصورة مبالغ فيها، في كل ما يحدث له من أشياء سيئة. ويستهدف العلاج هنا إعادة تقييم المريض للأمور تقييماً موضوعياً وواقعياً، وتحديد المسؤولية بشكل موضوعي دون قسوة على النفس أو لوم لا مبرر له للذات. كذلك قد يتضمن العلاج تدريب المريض على كيفية حل المشكلات واتخاذ القرارات.

رابعاً: نظرية التعديل السلوكي المعرفي عند ماكنباوم :

قدم ماكنباوم Meichenbaum نظرية في العلاج حاول فيها أن يربط بين النظريات المعرفية من ناحية وبين تكنولوجيا العلاج السلوكي من ناحية أخرى. وتعتبر هذه النظرية بمثابة محاولة للوصول إلى تصور علمي أفضل للعمليات المعرفية، ومحاولة لفهم دورها في تغيير السلوك. ويرى ماكنباوم أن العمليات المعرفية تؤدي دوراً مركزياً بالنسبة إلى السلوك. وهو يستشهد في ذلك بما يقوله العالم السوفييتي سوكولوف Sokolov عن الحديث الداخلي inner speech. "فالحديث الداخلي ليس شيئاً سوى حديث المرء لنفسه، أو هو عبارة عن كلام لفظي مستتر، وهو في حقيقة الأمر عبارة عن المعالجة المنطقية للمعطيات الحسية، في محاولة لإدراكها وفهمها في نطاق نسق محدد من المفاهيم والأحكام. وتتواجد عناصر الحديث الداخلي في كل إدراكاتنا الواعية، وأفعالنا، وخبراتنا الانفعالية، حيث تبدو لنا كوجهات sets لفظية، أو تعليمات يصدرها المرء لنفسه، أو كتفسير لفظي للإحساسات والإدراكات. وهذا ما يجعل الحديث الداخلي آلية (ميكانيزم) هامة وشاملة" من خلال: (Meichenbaum, 1979, P. 12).

و لايعتبر ميكنباوم الحديث الداخلي مرادفاً للتفكير كما فعل واطسون، بل إنه يرى أن الحديث الداخلي هو أحد المظاهر الهامة لعملية التفكير. ويستند ميكنباوم إلى دراسات علماء النفس الذين اهتموا بدور اللغة في توجيه السلوك والتحكم فيه، خاصة عالم النفس السوفييتي لوريا Luria. وقد أجرى لوريا وزملاؤه الكثير من التجارب التي أكدت أهمية الحديث الداخلي في تعديل العمليات المعرفية، وفي إدراك البيئة بما يسهل التعامل مع تلك البيئة. فاللغة تساعد على انتقاء مظاهر معينة من البيئة يستجيب لها الفرد، كما تساعد على كف بعض الأفعال، وتنظيم بعضها الآخر. ومن الملاحظات الشائعة استخدام الطفل للغة التي ينطقها بصوت مسموع في تنظيم أفعاله. كما يلاحظ

أن الطفل يتخلى شيئاً فشيئاً عن استخدام الصوت المسموع ليصبح بعد ذلك حديثاً داخلياً غير مسموع.

كذلك يلاحظ أن تطور استخدام اللغة في توجيه الأفعال يأخذ مساراً محدداً. ففي البداية يقوم الآباء بتنظيم سلوك الطفل وتوجيهه بواسطة التعليمات التي يصدرونها للطفل. وفي المرحلة التالية يكتسب الأطفال القدرة على توجيه سلوكهم والتحكم فيه من خلال استخدام اللغة بصوت مسموع. وفي النهاية يقوم الأطفال بالامتصاص الداخلي internalization للتعليمات بحيث تصبح تعليمات داخلية ذاتية مستترة. (المرجع السابق)

وقد كانت نقطة البداية في تطوير مايكنبام لأساليه المعرفية علاج حالات الأطفال المفرطى النشاط hyperactive. وقد استخدم مايكنبام أسلوباً علاجياً يستند إلى دور الحديث الداخلي في توجيه السلوك، وذلك في علاج سلوك أولئك الأطفال ذوي النشاط المفرط أو المتصف بالعنوانية أو الاندفاع. وقد طور مايكنبام أسلوباً يستند إلى تصور معرفي لطبيعة القصور الذي يعانى منه هؤلاء الأطفال والذي يؤدي إلى حدوث تلك الاضطرابات السلوكية. فالدراسات العديدة التي أجريت على هؤلاء الأطفال تشير إلى أنهم لا يقومون عادة وبشكل تلقائي بتحليل خبرتهم بالوسائط المعرفية (اللفظية والمخيلة)، ولا يصوغون القواعد التي يمكن أن توجههم في مواقف التعلم الجديدة. وبناءً على ذلك رأى مايكنبام أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تعلم تعليمات ذاتية أكثر تكيفاً. ويشمل ذلك تعلم عدد من المهارات:

- ١- فهم المهام التي يتعين عليهم القيام بها.
- ٢- القيام تلقائياً بإنتاج أو صياغة الوسائط اللفظية واستراتيجيات التحكم في السلوك.
- ٣- استخدام تلك الوسائط في توجيه ورقابة السلوك والتحكم في الأداء.

ويحقق تعلم استخدام مهارات التوجيه الذاتي هدفين أساسيين:

- ١- اكتساب مهارات جديدة، حيث يفيد استخدام التعليمات الذاتية كموجهات أو هاديات لتذكر التسلسل المناسب للسلوك، أو لإعادة توجيه السلوك وتصحيحه.
- ٢- تصحيح السلوك اللاتكفي: وهنا تفيد التعليمات الذاتية في وقف السلسلة السلوكية أو المعرفية الآلية (الأوتوماتيكية)، وتنبه إلى استخدام استجابات أكثر تكيفاً.

خطوات البرنامج العلاجي:

يشتمل البرنامج العلاجي الذي استخدمه مايكنبام وجودمان على الخطوات التالية:

- ١- يقوم شخص راشد بدور القدوة، فيؤدي المهمة أمام الطفل بينما يكلم نفسه بصوت مسموع (القدوة المعرفية).

- ٢- يؤدي الطفل نفس المهمة في ظل توجيه الشخص القوية (توجيه خارجي ظاهر).
- ٣- يؤدي الطفل المهمة بينما يعطى لنفسه التعليمات بصوت مسموع (توجيه ذاتي ظاهري).
- ٤- يهمس الطفل لنفسه بالتعليمات أثناء قيامه بالمهمة (توجيه ذاتي، تجري أزالتة).
- ٥- يؤدي الطفل المهمة بينما يوجه نفسه من خلال الحديث الداخلي (توجيهات ذاتية مستترة).

ويقدم المجرّب مجموعة التعليمات الذاتية أثناء قيامه بدور القوية أمام الطفل، بينما يتدرب الطفل على القيام بالمهمة خلال عدد من الجلسات. وتستخدم أيضاً أساليب تسلسل الاستجابات chaining، والاقتراب المتدرج successive approximation في زيادة التعليمات وبنائها بصورة أشمل وأكبر.

وتشتمل التعليمات التي يقدمها المجرّب كقوية على العديد من المهارات المتصلة بأداء المهمة، مثال ذلك:

- ١- تحديد المشكلة تحديداً واضحاً.
 - ٢- تركيز الانتباه وتوجيه الاستجابات.
 - ٣- التدعيم الذاتي.
 - ٤- مهارات التقييم الذاتي للتغلب على المشكلة وتصحيح الأخطاء.
- وقد استخدم أسلوب التعديل السلوكي المعرفي في علاج الكثير من المشكلات. فلقد استخدم بنجاح في خفض القلق، مثال ذلك التغلب على قلق الامتحانات، وقلق الكلام، والقلق في المواقف الاجتماعية interpersonal anxiety، واستخدم أيضاً في علاج الأطفال الانعزاليين، وفي تنمية حل المشكلات الإبداعية. كما استخدم الأسلوب في تعديل أسلوب الحديث لدى الفصاميين (المرجع السابق).

بعض دلالات التطور المعرفي في علم النفس :

لقد كانت التطورات الكبيرة في العلاج السلوكي والعلاج المعرفي أمراً بالغ الأهمية في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي بشكل خاص، وفي ميدان علم النفس على وجه العموم. فمنذ العشرينات من القرن العشرين سيطر الاتجاه العلمي المتشدد على علم النفس. والتزم علماء النفس بالملاحظة والضبط التجريبي ومبادئ التعريف الإجرائي والنظرة الكمية إلى الظواهر النفسية. وجاء التطور المعرفي ثورة وسعت أفق العلم ومكنته من تناول المفاهيم والمتغيرات التي لا تخضع للملاحظة المباشرة. ومن ثم فقد كان ذلك التطور المعرفي أمراً بالغ الأهمية في تاريخ علم

النفس. وقد أدى هذا التطور المعرفي من ناحية أخرى إلى شيء من التقارب بين المدارس المختلفة في علم النفس. ولم تعد الحواجز بين المدارس المختلفة في علم النفس على نفس القدر من الوضوح والتحديد.

غير أنه يجدر بالذكر أن هذا التقارب لا يعني بحال تخطي علم النفس المعرفي عن شروط المنهج وقواعده الراسخة، بل يعني أن العلم قد أصبح قادراً على إخضاع مزيد من الظواهر النفسية للبحث وللتناول العلمي المنهجي. كما أن العلم يتمسك - كما كان دائماً - بما يطلق عليه في المنطق نصل أوكام أو ما يسمى بمبدأ الاقتصاد parsimony. وهو يعني أن على العلماء إسقاط المفاهيم الزائدة التي يتبين أنها غير ضرورية أو غير لازمة للتفسير العلمي، والتي لا تضيف جديداً لفهم الظواهر. ومن هنا نجد مثلاً أن بعض علماء النفس المعرفيين يقبلون مفهوم اللاشعور، على اعتبار أن هناك عمليات نفسية لا يعي بها الفرد وعياً واضحاً. وهم يرون أيضاً أن المضمونات اللاشعورية يمكن الوصول إليها خلال جلسات العلاج دون حائل شديد من المقاومة اللاشعورية التي تكلم عنها فرويد. ورغم قبولهم لمفهوم اللاشعور إلا أنهم يرفضون قبول بعض المفاهيم الأخرى الزائدة من قبيل عقدة أوديب والكترا مثلاً عند تفسير السلوك، على أساس أنه يمكن تفسير الظواهر بدون تلك المفاهيم، تطبيقاً لمبدأ الاقتصاد.

اتجاهات التطور في المستقبل :

لقد شهد العلاج النفسي تطورات هائلة خلال العقود الثلاث الماضية منذ أن قدم ولبي Wolpe أسلوب خفض الحساسية والذي بدأ ثورة العلاج السلوكي. ثم جاءت التطورات المعرفية في علم النفس وفي العلاج النفسي لتدفع مجال العلاج النفسي إلى آفاق جديدة. ولكن هل سيقف التطور العلمي عند هذا الحد؟ والجواب هو بالطبع لا. فمع استمرار الممارسة العملية والدراسات والتجارب العلمية تتطور النظريات ويشهد مجال العلاج النفسي نمواً وتطوراً مستمراً. وقد ناقش دوبسون اتجاهات التطور في العلاج السلوكي المعرفي (Dobson, 1988) وعرض اتجاهات التطور المتوقعة في المجالات الأربع التالية:

- ١- نمو النظرية ومراجعاتها.
- ٢- التقدير أو الفحص السلوكي المعرفي.
- ٣- توسع العلاج ومراجعاته.
- ٤- استكشاف الأسس الارتقائية (في الطفولة) لاضطرابات الراشدين.

أولاً: نمو النظرية ومراجعاتها :

من المتوقع أن تشهد الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي تطوراً ونموً في المستقبل. وهناك مجالان هامين للنمو في هذا الصدد، وهما:

- أ - علاقة المعرفة بالانفعال
- ب- ظهور المنظورات الارتقائية، والبنائية

١- علاقة المعرفة بالانفعال:

لقد أثارت قضية العلاقة بين المعرفة والانفعال جدلاً واسعاً بين علماء النفس، وقد تجلّى ذلك على صفحات المجلات العلمية لعلم النفس. ويرى أحد أطراف القضية أن المعرفة تسبق الانفعال. فالتفكير السلبي أو غير العقلاني تقترب عليه مشاعر الكدر والاكتئاب، وحدث حادث أو موت يؤدي إلى مشاعر الحزن. أما الطرف الآخر فيرى أن المشاعر قد تحدث مزامنة للمعرفة، بل إن الانفعال يهيئ الفرد لإدراك الأمور وفهمها فهما يتمشى مع ذلك الانفعال. فالانفعالات يمكن أن تؤدي إلى تنشيط أفكار بعينها تتمشى مع الانفعال. وفي هذه الحالة يمكن أن يكون الانفعال سابقاً على المعرفة والتفكير. فالقول بأن الانفعال يتبع منطقياً المعرفة أو تقييم البيئة قاصر عن الوصف الدقيق بل يعتبر خطأ في بعض الأحيان الأخرى. وربما يتذكر الإنسان هنا ذلك الجدل القديم حول أيهما أسبق: البيضة أم الدجاجة؟

وهناك دائماً بطبيعة الحال تأثيراً متبادلاً ومستمراً بين المعرفة والانفعال. فالانفعال يؤثر على الإدراك والتفكير (المعرفة) التالي له، كما أن التفكير والمعرفة يؤثران على الانفعال، أي أن كلاهما يعتمد على الآخر ويؤثر عليه ويتأثر به. فهناك تكامل بين المعرفة والانفعال. فنحن نرى الطفل الوليد يبكي أو ينفعل، وفيما بعد مع نمو اللغة يبدأ في إدراك المواقف إدراكاً أكثر وضوحاً وتفصيلاً. فكانما الانفعال والمعرفة وجهان لشيء واحد. وما يهمنا في هذا الصدد هو كيفية تغيير الانفعالات والتحكم فيها بصرف النظر عن الجدل حول الأسبقية الزمانية.

ويرى المؤلف أن القضية ليست قضية من الأسبق: التفكير أو الانفعال؟. بل المهم هو ما الذي يمكننا تغييره أو التحكم فيه. ومن الواضح أنه يتعذر التحكم في الانفعالات بصورة مباشرة لأنها عادة عبارة عن ردود أفعال للجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي). ومن ناحية أخرى يمكن للفرد (مع شيء من التدريب) التحكم في أفكاره أو تغييرها. وبذلك فإن التحكم في التفكير أسير منالاً من التحكم المباشر في الانفعالات. وبناءً على ذلك فقضية الأسبقية سواءً للتفكير أو الانفعالات تصبح غير ذات أهمية بالنسبة للعلاج النفسي، وإن ظلت بالطبع تحتفظ بأهميتها بالنسبة لعلم النفس النظري.

٢- ظهور المنظورات الارتقائية، والبنائية:

من أبرز التطورات الحديثة في العلاج السلوكي المعرفي ظهور النماذج البنائية constructivist، والارتقائية developmental. ويتضح ذلك بشكل خلاص في الدراسات التي نشرها كل من ماهوني Mahoney وجيدانو Guidano. فلقد انتقد ماهوني النماذج السلوكية -المعرفية على أساس أنها لا تفسر الكثير من العوامل، ولن تستطيع. واقترح ماهوني أن التلقائية أو الآلية automaticity لبعض الاستجابات يؤيد القول بأن هناك ميكانيزم للتأثير اللاحق feedforward. ويعني التأثير اللاحق هنا زيادة احتمال حدوث نماذج سلوكية-معرفية-انفعالية معينة. وتنشأ هذه الميكانيزمات من خلال الأحداث التي يمر بها الفرد. وقد قدم ماهوني وجيدانو نموذجاً بنائياً، يؤكد على تأثير الأبنية المعرفية (التي تتكون من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد) على سلوكه اللاحق.

ويلاحظ أن آرون بيك قدم من قبل مفهوم المخططات أو المنسوقات المعرفية على اعتبار أنه وجهة set منظمة للمعلومات عن العالم، ينتج عنها تلك الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاكتئاب أو القلق. إلا أن نظرية المخططات المعرفية عند بيك لاتصل إلى المستوى الذي بلغته النظرية البنائية^(٣) في هذا الصدد.

ويتوقع دويسون أن يكتسب المنظور البنائي أهمية خاصة في المستقبل، لأنه يعالج قضية هامة وهي دور الخبرات السابقة للفرد كمصدر لنشوء التحيزات المعرفية وأخطاء التفكير، وصعوبة حل المشكلات. وعادة لا يعطى المعالجون السلوكيون والمعرفيون تفسيراً علمياً لتأثير الخبرات الماضية. ولا شك أن وجود نموذج مفصل يشرح علمياً تأثير الخبرات الماضية على التفكير والمعرفة والسلوك ستكون له أهمية كبيرة.

ويتوقع أن يسهم المنظور البنائي - الارتقائي في التقريب بين النظريات المختلفة الدينامية والمعرفية - السلوكية، بما يساعد على تحقيق التقارب والتكامل داخل علم النفس. فعلى خلاف النظرة التقليدية لعلم النفس السلوكي المعرفي والتي تركز على دور العوامل الموقفية، فإن المنظور البنائي الارتقائي يعطي أهمية كبيرة للعوامل الكامنة داخل الفرد. وهذه الواجهة من النظر تذكرنا أيضاً بنظريات السمات والأنماط وأبعاد الشخصية والتي لا يوجد لها مكان تقريباً في الاتجاه السلوكي المعرفي.

ثانياً: الفحص السلوكي المعرفي :

من المتوقع أن تزداد الحاجة إلى تطوير أدوات الفحص المعرفي وتقنياتها لكي تتمشى مع تطورات العلاج المعرفي. وتعتبر أدوات الفحص المعرفي ذات أهمية خاصة بالنسبة للتحقق من صحة النظريات التي توجه كلاً من التطوير النظري والممارسات العلاجية. وقد استخدم في الماضي العديد من أساليب الفحص المعرفي نذكر منها الأساليب الاسقاطية، والأساليب التي تعتمد على دراسة أو فحص الخيال، واختبارات المفاهيم الشخصية personal construct tests وطرق التفكير بصوت مسموع think aloud، وتسجيل الأفكار، واختبارات الورقة والقلم (التحريرية).

ويتوقع أن يحدث تطور في مجالين رئيسيين أحدهما محاولة بناء وتقنين أدوات الفحص المعرفي والتي يمكن استخدامها مع اضطرابات معينة أو مع جمهور معين. أما الآخر فهو محاولة قياس البناءات المعرفية في مقابل قياس العمليات المعرفية.

ثالثاً: اتساع نطاق العلاج المعرفي وتقييم العلاج :

يتوقع أن تستمر حركة تطوير وابتكار أساليب جديدة للعلاج المعرفي. ويتوقع حدوث ذلك بشكل خاص في مجال علاج الأطفال وفي مجال العلاج الأسري. كذلك فمن المتوقع أن يمتد استخدام أساليب العلاج المعرفي إلى مجالات من الاضطراب النفسي لم يستخدم فيها من قبل. وتستلزم هذه التطورات دون شك إجراء البحوث الاكلينيكية لتقييم مدى فعالية العلاج سواء بالمقارنة بأساليب العلاج السلوكي أو بأساليب العلاج النفسي الأخرى.

رابعاً: النماذج الارتقائية للاضطراب النفسي :

من المتوقع أن تزداد في المستقبل القريب الرغبة في تطوير نماذج معرفية للاضطراب النفسي في مرحلة الطفولة. فلقد ظهر في وقتنا الحاضر الكثير من أساليب العلاج السلوكي المعرفي للأطفال. وهناك حاجة ماسة لتطوير نماذج خاصة لشرح الظواهر المعرفية في مرحلة الطفولة. وأحد الأمثلة على ذلك علاج الاكتئاب النفسي عند الأطفال، حيث نشر الكثير من البحوث في مجال فحص وتشخيص الاكتئاب النفسي عند الأطفال.

ولا شك أن ذلك يتمشى مع الاتجاهات البنائية في العلاج السلوكي المعرفي. فمع تركيز هذه الاتجاهات على النمو النفسي، فإنها تهتم بالوصف العلمي لكيفية تأثير الأحداث المبكرة في حياة الفرد على حدوث الاضطرابات النفسية فيما بعد. وقد ينطوي ذلك على مناقشة أو تفسير اللاشعور. فمنذ فرويد كان الحديث عن خبرات

الطفولة يستلزم القول باللاشعور لشرح كيف تؤثر تلك الخبرات على سلوك الفرد دون وعي منه. ولا شك أن هناك خلافات كبيرة بين علماء النفس حول قبول مبدأ اللاشعور. ولعل أكبر حجة للمعارضين لمفهوم اللاشعور هو أنه يمكن تحقيق الشفاء النفسي دون حاجة للخوض في مجال اللاشعور.

وبوجه عام فهناك حاجة لإجراء الكثير من البحوث والدراسات التي تتعلق بقضايا النمو النفسي وتأثير خبرات الطفولة على ظهور الاضطرابات النفسية، وتأثير الوالدين على التوافق في مراحل الطفولة وما بعدها. ويهدف ذلك في النهاية إلى تحقيق مزيد من الفهم والفعالية في علاج المشكلات.

الفصل الثالث عشر البحوث الإكلينيكية

الفصل الثالث عشر البحوث الإكلينيكية

يعتبر البحث العلمى أحد المهام الرئيسية التى يقوم بها الأخصائى النفسى الإكلينيكى. وقد أكد مؤتمر بولدر Boulder على ذلك حين قدم نموذج العالم-المهني على أنه النموذج الذى ينبغي احتذاؤه فى إعداد الأخصائى النفسى الإكلينيكى. وللبحث الإكلينيكى أهميته البالغة فى فهم السلوك المرضى وفى تشخيص وعلاج الأمراض النفسية. كما أن الخدمات التى يقدمها الأخصائى النفسى فى العيادة النفسية مثل الفحص النفسى والعلاج النفسى تركز على نتائج تلك الدراسات والبحوث العلمية. ويلتزم الأخصائى النفسى أخلاقياً ومهنياً باستخدام الأساليب التشخيصية والعلاجية التى ثبتت فعاليتها من خلال البحوث العلمية المنهجية. كذلك فإن عمل الأخصائى النفسى سواء فى مجال الفحص أو العلاج يحتاج إلى المتابعة والتقييم لمعرفة مدى فعالية العلاج وما إذا كان يؤدي فعلاً إلى نتائج جيدة وفعالة. فمن المهم أن نصل إلى تقييم موضوعي واضح لأساليب العلاج المختلفة، وأن نحدد مدى فعاليتها بالنسبة لعلاج المشكلات المختلفة فى ظل الظروف المختلفة الاجتماعية أو الأسرية أو غيرها.

وتهدف البحوث النفسية بوجه عام إلى زيادة فهمنا للسلوك الإنسانى، وللمتغيرات التى تؤثر عليه، سواءً فى ذلك المتغيرات البيولوجية أو الاجتماعية، وسواءً تلك الظروف المنبهة التى تسبق السلوك، أم تلك الظروف المدعمة التى تعقب حدوثه. كما تهدف البحوث النفسية إلى التعرف على أفضل الطرق للتغلب على الاضطرابات النفسية، مثل القلق أو الاكتئاب أو الفصام، وكيفية الوقاية من الأمراض، وتقليل حدوث الانتكاسات بعد العلاج.

والمنهج العلمى هو قوام العلم. بمعنى أن ما يميز بين المعرفة العلمية وغير العلمية هو أن المعرفة العلمية تم الوصول إليها من خلال البحوث والدراسات المضبوطة ضابطاً منهجياً. والحقيقة هى أن المنهج العلمى هو ما يجعل العلم علماً.

الاعتبارات المنهجية العامة فى البحوث الإكلينيكية :

إن ما يفرق بين المعرفة العلمية والمعرفة العامة هو المنهج العلمى. وهناك عدد من الشروط الأساسية التى يجب توفرها فى البحوث النفسية الإكلينيكية. هذه الشروط

هى التى تعطى للبحث قيمته العلمية، وإمكانية الثقة بنتائج. وسنناقش هنا أهم تلك الشروط.

١- الموضوعية objectivity:

والموضوعية فى الملاحظات والاستنتاجات هى من أهم مقومات المنهج العلمى. وهى تعنى تحرر الباحث من تأثير العوامل الذاتية، بحيث أن ما يصل إليه الباحث من نتائج يمكن أن يتحقق من صحته أى باحث آخر، أو أن يتوصل إليه أى باحث آخر يلتزم بالمنهج العلمى ويستخدم نفس الإجراءات والأدوات. ويرتبط بالموضوعية مفهوم آخر هو الإجرائية operationality. ويعنى ذلك أن المصطلحات والمفاهيم التى يستخدمها الباحث يجب أن تكون محددة أو معرفة تعريفاً واضحاً يمكن ترجمته إلى مظاهر سلوكية قابلة للقياس أو الملاحظة. بمعنى أن الاصطلاحات التى يستخدمها الباحث تشير إلى إمكانية التحقق الموضوعى من صحة المفاهيم والاستنتاجات. فالباحث لا يتكلم عن مفاهيم غيبية أو غير قابلة للملاحظة المباشرة أو غير المباشرة، بل يتكلم عن ظواهر قابلة للملاحظة والتحقق منها باستخدام أدوات القياس المناسبة للظاهرة.

٢- التقنين standardization:

وهو أحد الأسس الهامة فى القياس وإجراء الملاحظات. وبوجه عام يعنى التقنين توحيد الشروط والإجراءات التى يتم فى ظلها القياس، ومن ذلك مثلاً استخدام أدوات مقننة، وكذلك توحيد ظروف القياس سواء فى ذلك الظروف الفيزيائية أو الظروف الاجتماعية. ويشمل التقنين أيضاً التحقق من كل من ثبات reliability وصدق validity أساليب وأدوات الملاحظة والقياس أو ثبات وصدق التشخيص.

(للمزيد من التفاصيل يمكن الرجوع إلى الفصل الخاص بالقياس النفسى فى هذا الكتاب، أو إلى: (A. Anastasi, 1968).

٣- اختيار عينات البحث:

ويعتبر اختيار العينات واحدة من أهم خطوات البحث العلمى. إذ ينبغي اتباع الأساليب العلمية فى تحديد مواصفات العينات وأساليب اختيارها. وهى خطوة تتطلب من الباحث الأناة وتفحص مختلف المتغيرات variables المتعلقة بموضوع البحث لأخذها فى الاعتبار عند اختيار عينات البحث. وبوجه عام إذا كان المجتمع متجانساً homogenous فمن الممكن أخذ عينة عشوائية، أما إذا كان المجتمع الأصلى غير

متجانس heterogenous فيمكن أخذ عينة طبقية تمثل عناصرها تلك الفئات المختلفة للمجتمع الأصلي، والتي تختلف في العمر، أو الجنس، أو المستوى الاجتماعي-الاقتصادي ... الخ.

أنواع البحوث :

يتميز علماء النفس بين نوعين من البحوث العلمية: البحوث الأساسية، والبحوث التطبيقية. كما يميزون أيضاً بين البحوث المعملية، والبحوث الميدانية. وسوف نتكلم بإيجاز عن تلك الأنواع المختلفة من البحوث.

أولاً: البحوث الأساسية والبحوث التطبيقية:

تهدف البحوث الأساسية^(١) إلى معرفة الظواهر النفسية وفهم تلك الظواهر بصرف النظر عن الفائدة العملية من وراء هذا الفهم. فالباحث في هذه الحالة لا يهدف إلى تطبيق نتائج البحث أو استخدامه في حل المشكلات أو تغيير السلوك. أما البحوث التطبيقية فتهدف إلى حل مشكلة بعينها مثل محاولة معرفة أى طرق العلاج النفسى أكثر كفاءة أو فعالية في التغلب على الرعدة النفسية^(٢): العلاج السلوكى أم العلاج المعرفى.

وقد درج البعض على تصور أن البحوث الأساسية أقل قيمة من البحوث التطبيقية، وذلك لأن البحوث التطبيقية لها فوائد في الحياة العملية. لكننا إذا أمعنا النظر نجد أن هذا القول لا أساس له من الصحة. فالبحوث النفسية قد لا يكون لها تطبيقاتها الفورية المباشرة عقب إجرائها، لكن قد يأتى الوقت فيما بعد لتؤتي ثمارها في عالم الواقع. ومن أمثلة ذلك مثلاً تجارب بافلوف على الارتباط الشرطى التقليدى عند الكلاب أو تجارب سكينر على الارتباط الشرطى الإجرائى عند الفئران. فرغم أن تلك التجارب تمت بهدف فهم وتحليل الظاهرة موضوع الدراسة، إلا أنها وجدت فيما بعد طريقها إلى التطبيق العملى، في العلاج النفسى والتربية وغير ذلك من المجالات.

ثانياً: البحوث المعملية والبحوث الميدانية:

يتعلق هذا التمييز بين البحوث المعملية والبحوث الميدانية بموقع إجراء الدراسة أو البحث وبمقدار أو درجة تحكم الباحث في الظروف المؤثرة على السلوك. ففي البحوث الميدانية يتم دراسة السلوك كما يصدر تلقائياً في بيئته العادية، دون تدخل أو تأثير مقصود من جانب الباحث. أما البحوث المعملية فإنها تتم في ظروف المختبر أو

1 - Basic research

2 - Panic disorder.

المعمل الأكثر ضبطاً وتقنياً، كما أن الباحث يتحكم في الكثير من الظروف التي تتم في ظلها التجربة.

وفي البحوث الميدانية يحاول الباحث جمع المعلومات عن السلوك دون تدخل من جانبه. كأن يقيس مثلاً درجات الاكتئاب أو القلق النفسي، وكذلك المتغيرات الأخرى المتصلة بالظاهرة كالمتغيرات البيئية مثلاً أو العمر أو الجنس.. الخ. ثم يقوم الباحث بعد ذلك بدراسة العلاقة بين القلق أو الاكتئاب وبين تلك المتغيرات المختلفة. وغالباً ما يستخدم التحليل الإحصائي للتعرف على تلك العلاقات وتحديد مدى جوهريتها.

أما في البحوث المعملية فيقوم الباحث بالتحكم المقصود والمنظم في المتغيرات المستقلة^٣ زيادة أو نقصاً ثم يسجل التغيرات التي تطرأ بعد ذلك على السلوك (المتغير التابع^٤) كنتيجة لتغيير قيمة المتغير المستقل.

خطوات البحث العلمي:

يمر البحث العلمي بعدد من الخطوات الرئيسية حتى يصل إلى الهدف الأكبر وهو صياغة النظرية العلمية أو القانون العلمي. ويتبع الأخصائي النفسي الإكلينيكي نفس الخطوات التي يتبعها الباحث في أي مجال من المجالات. وتشتمل هذه الخطوات على:

- ١- جمع المعلومات الأولية.
- ٢- صياغة فروض البحث.
- ٣- اختبار الفروض.
- ٤- صياغة النظرية. وسوف نتكلم عن كل خطوة من هذه الخطوات بإيجاز.

أولاً: جمع المعلومات :

يقوم الباحث في هذه المرحلة بعملية جمع المعلومات عن الظاهرة موضوع الدراسة. فيجري الملاحظات الأولية، كما يقوم بالاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بالظاهرة أو المشكلة موضوع البحث. ويساعد ذلك كله على توضيح معالم الطريق أمام الباحث، ومعرفة ما الذي أجابت عنه البحوث السابقة، وما الذي مازال في حاجة إلى بحث للوصول إلى الجواب. ويصل الباحث من خلال عملية جمع المعلومات وإجراء الملاحظات الأولية إلى طرح عدد من الأسئلة التي مازالت تحتاج إلى جواب.

3 - Independent variables.

4 - Dependent variables.

ثانياً: صياغة الفروض :

يقوم الباحث في هذه المرحلة بتحويل الأسئلة التي توصل إليها خلال المرحلة السابقة إلى عدد من الفروض المحددة. وتعتبر الفروض عن تصور الباحث لشكل العلاقة بين المتغيرات موضوع البحث. ويجب أن تصاغ الفروض صياغة واضحة ومحددة.

ثالثاً: اختبار الفروض :

وفي هذه المرحلة يقوم الباحث بوضع الفروض موضع الاختبار، وذلك للتحقق من مصداقيتها. وقد يتم اختبار الفروض باستخدام أسلوب الملاحظة المنظمة للمتغيرات كما تحدث بصورتها الطبيعية، وقياس المتغيرات النفسية المختلفة باستخدام أدوات القياس المختلفة مثل مقاييس الذكاء والقدرات أو مقاييس الشخصية، أو المقاييس السيكو فسيولوجية التي تقيس وظائف الجسم المختلفة. وقد يستخدم الباحث في هذه المرحلة أحياناً أسلوب التجربة، حيث يقوم بالتحكم في المتغيرات المستقلة، وتغيير مقاديرها زيادة أو نقصاً، ثم ملاحظة التغيرات التي تطرأ على المتغيرات التابعة نتيجة لذلك. ويقوم الباحث عند إجراء التجارب بملاحظة السلوك أو قياسه باستخدام أدوات أو أساليب القياس المختلفة. وبعد الانتهاء من جمع الملاحظات ونتائج القياس يقوم بإجراء التحليل الإحصائي عليها، وذلك للوصول إلى صورة منظمة ومختصرة، ومعرفة مدى جوهرية النتائج وإمكانية الوثوق بها.

رابعاً: صياغة النظرية :

بعد الانتهاء من إجراء الملاحظات وجمع النتائج وتحليلها تحليلًا إحصائياً يحاول الباحث تفسير النتائج وتفحص معانيها ودلالاتها في ضوء الرصيد العلمي المتوفر عن الظاهرة. وهو يحاول خلال هذه المرحلة أن يقيم النتائج ليرى ما إذا كانت تؤيد الفروض التي بدأ بها البحث أم أنها تناقضها أو تدحضها، أو أنها توحى بتفسيرات أو فروض جديدة تحتاج إلى إجراء دراسات جديدة. ويصل الباحث من ذلك كله إلى صياغة النتائج في قالب نظري يصور العلاقة بين المتغيرات ويفسر تلك العلاقة تفسيراً علمياً. وإذا ثبتت صحة الفروض التي بدأ بها البحث فإن هذه الفروض تتحول إلى استنتاجات علمية أو قوانين علمية. كما أن القوانين العلمية يمكن أن تنتظم في صورة نظرية متكاملة. أما إذا ثبت عدم صحة الفروض فإن على الباحث إسقاطها والبحث عن تفسيرات جديدة للظواهر.

مجالات البحث الإكلينيكي :

هناك عدة مجالات للبحوث العلمية التي يقوم بها المتخصصون في مجال الصحة النفسية، يتصل بعضها بانتشار الأمراض النفسية في المجتمع، ويتصل البعض الآخر بالخصائص المختلفة للأمراض النفسية، كما يتصل بعض هذه البحوث بتقييم آثار العلاج النفسي، أو المقارنة بين أنواع العلاج النفسي المختلفة، إلى جانب تلك البحوث التي تجرى للتعرف على احتياجات المجتمع من الخدمات النفسية، أو مدى رضا الأشخاص الذين يتلقون خدمات الصحة النفسية عن تلك الخدمات. وسوف نعرض فيما يلي لأهم مجالات البحث الإكلينيكي.

أولاً: الدراسات المتعلقة بانتشار الأمراض النفسية:

تهتم بحوث الانتشار^(٥) بمحاولة التعرف على نماذج أو أشكال حدوث أو انتشار الأمراض في المجتمعات الإنسانية، وبالعوامل التي تؤثر على أشكال انتشار المرض في المجتمع. فهي تهتم أساساً بنماذج حدوث المرض تبعاً للمكان والزمان والأشخاص. ويحاول الباحث هنا تحديد مدى انتشار اضطراب نفسي معين مثل القلق أو الاكتئاب أو الفصام مثلاً في مجتمع بعينه، مثل بلد معين أو مدينة معينة أو حي بعينه من أحياء المدينة. ونحن نحتاج أيضاً لدراسات الانتشار للتعرف على أنماط انتشار المرض، والعوامل المؤدية لانتشاره، ومدى الحاجة لخدمات الوقاية والعلاج. وكذلك للتعرف على العوامل التي تساهم في حدوث أو زيادة معدلات الأمراض النفسية. وهناك نوعان من الإحصاءات التي يتم جمعها في دراسات الانتشار، أولها معدل حدوث المرض incidence أو عدد الحالات الجديدة (التي تذهب للعيادة أو المستشفى لأول مرة) بالنسبة لأحد الأمراض في وقت معين ومكان معين، مثال ذلك معدل حدوث الاكتئاب النفسي بين الأشخاص المطلقين في مناسبات الأعياد.

أما المعلم الإحصائي الثاني فهو مدى شيوع المرض prevalence، وهو يشير إلى نسبة وجود مرض معين أو اضطراب نفسي معين في المجتمع موضوع الدراسة أثناء فترة إجراء البحث. وبذلك فإن شيوع المرض يشمل كلا من الحالات الجديدة والقديمة معاً. فمثلاً إذا تم تشخيص ٣٠ شخصاً بين كل ألف (١٠٠٠) شخص على أنهم يعانون من الاكتئاب النفسي فإن شيوع الاكتئاب النفسي في هذا المجتمع هو ٣%. ويتطلب إجراء بحوث انتشار المرض الكثير من الجهد والوقت والمال. ولذلك يتجه الباحثون إلى إجراء الدراسات على عينات محدودة تمثل تمثيلاً جيداً للمجتمع

الأصلي موضوع الدراسة. فإذا كان المجتمع الأصلي متجانساً فإنه يتم أخذ عينة عشوائية ممثلة للمجتمع. أما إذا كان المجتمع الأصلي غير متجانس ويتكون من جماعات فرعية مختلفة، فإنه يتم تحليل المجتمع الأصلي تبعاً للعوامل الجوهرية المختلفة، مثل المستوى الاجتماعي-الاقتصادي، والسن والجنس، ومستوى التعليم.. الخ. ثم يتم الحصول على عينة طبقية^(٦) تمثل القطاعات المختلفة في المجتمع.

أمثلة لدراسات الانتشار:

من أمثلة الدراسات الانتشارية تلك الدراسة التي أجراها كل من: أجراس، وسلفستر وأوليفو على المخاوف الشائعة والمخاوف المرضية (الفوبيا) (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969) في مدينة بيلنجتون في ولاية فيرمونت بالولايات المتحدة. وقد استخدموا مقاييس خاصة للسؤال عن أنواع المخاوف المختلفة، ومدى شدتها، وطوال مدة استمرارها، وكذلك محاولات طلب العلاج. وتشير نتائج الدراسة إلى أن حوالي ٧% يعانون من الفوبيا، كما تبين أن أهم المخاوف الشائعة كانت الخوف من المرض، والإصابات، والعواصف والحيوانات، والخوف من الأماكن العامة agoraphobia والموت، والزحام، والأماكن المرتفعة. وقد كانت تلك المخاوف شديدة الإعاقة عند ٢٢% من الأشخاص، ومعتدلة الإعاقة عند ٧% من الناس. وقد تم تتبع أفراد العينة لعدة سنوات وتبين أن نسبة الشفاء التلقائي مرتفعة عند الأطفال عنها لدى الكبار.

وفي إحدى الدراسات الانتشارية الأخرى أجرى وليم إيتون وزملاؤه دراسة على مدى انتشار اضطراب الرعدة النفسية في الولايات المتحدة للتعرف على مدى شيوع هذا المرض، وكذلك وصف المتغيرات المختلفة المتعلقة به (W.W. Eaton, et al, 1994). وقد كانت هذه الدراسة جزءاً من دراسة أكبر أجراها المعهد القومي للصحة النفسية (NIMH) National Institute of Mental Health، تعرف باسم "الدراسة القومية لتزامن الأمراض"^(٧). وهي عبارة عن دراسة واسعة النطاق شملت الولايات المتحدة بأسرها. واعتمدت الدراسة على استخدام عينة طبقية متعددة المراحل من المواطنين المدنيين، من غير المقيمين بالمستشفيات. وقد غطت الدراسة ٤٨ ولاية أمريكية، حيث بلغ حجم عينة البحث ٨٠٩٨ شخصاً، استجابوا للاستبيانات. وقد كانت النسبة المئوية لقبول التعاون في الدراسة والإجابة على أسئلة الدراسة ٨٢.٤%. وقد تم إجراء دراسة مصغرة على عينة ممن رفضوا التعاون في الدراسة، وتبين من

6 - Stratified

7 - Comorbidity.

الدراسة أنه يغلب عليهم وجود تاريخ مرضي. وهو ما يتفق مع ما تشير إليه الدراسات السابقة.

وقد تم استخدام أسلوب المقابلة المقننة، حيث يلتزم القائمون بمقابلة المفحوصين بمجموعة من الأسئلة المحددة التي يوجهونها إلى جميع المفحوصين. وقد استخدمت الدراسة ما يعرف باسم المقابلة التشخيصية الدولية المركبة Composite International Diagnostic Interview. وقد أظهرت الدراسات السابقة ملائمة تلك الاستمارة وتقبلها من جانب المفحوصين، كما أكدت ثباتها وصدقها. وتبين من نتائج البحث أن حوالي ١٥% من أفراد العينة ذكروا أنهم مروا من قبل بنوبة رعبه panic واحدة طوال حياتهم. بينما ذكر ٣% من أفراد العينة أنهم مروا بنوبة رعبه واحدة خلال الشهر السابق على المقابلة. وقد انطبقت المحكات التشخيصية لاضطراب الرعب النفسية على ١% من العينة خلال الشهر السابق على المقابلة.

وأظهرت الدراسة أيضاً أن اضطراب الرعب النفسية يزيد لدى الإناث عنه بين الذكور، كما أنه يرتبط بانخفاض مستوى التحصيل الدراسي. كما تبين أيضاً أن ٥٠% من الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الرعب النفسية يعانون أيضاً من أعراض الخوف من الأماكن العامة agoraphobia. بينما يمكن أن يحدث كلاهما مستقلاً عن الآخر.

بحوث الشخصية :

تعتبر بحوث الشخصية أحد الموضوعات الهامة للبحث في مجال علم النفس الإكلينيكي. فكثيراً ما يطرح السؤال حول خصائص شخصية المريض، أو دور تلك الخصائص بالنسبة للمشكلة التي يعاني منها المريض. وإلى جانب ذلك فهناك مجال واسع يتعلق باضطرابات الشخصية personality disorders. وقد طور علم النفس الكثير من المفاهيم والنظريات في دراستهم للشخصية. ومن النظريات التي حازت على الكثير من الاهتمام بين الأخصائيين النفسيين نظريات السمات traits والأنماط types وأبعاد الشخصية dimensions. ويندرج ذلك تحت ما نسميه ببناء الشخصية personality structure.

وقد قال جيلفورد أن شخصية الفرد هي طرازه الفريد من السمات. والسمات هي عبارة عن صفة أو خاصية للسلوك تتصف بقدر من الاستمرارية، كما يمكن أيضاً ملاحظة مظاهرها السلوكية، أو قياسها بالمقاييس النفسية المناسبة. فالعدوانية سمات من سمات الشخصية، والخوف من الآخرين سمات، والأمانة أو الشجاعة أو الكرم سمات للشخصية. وهناك الكثير جداً من السمات التي نصف بها الأشخاص.

وقد صنف جيلفورد (J. P. Guilford, 1959) تلك السمات في سبع فئات على النحو التالي:

- ١- بناء الجسم^(٨): وهي السمات التي تتصل ببناء الجسم أو بالملامح الجسمية كالطول والوزن واللون... الخ.
- ٢- وظائف الجسم^(٩): وهي السمات المتعلقة بأداء الوظائف العضوية كسرعة النبض وحرارة الجسم... الخ.
- ٣- الحاجات: وهي رغبات ملحة للوصول إلى ظروف معينة، كالحاجة لأن يكون الشخص موضع اهتمام الآخرين، أو احترامهم، أو الحاجة إلى الراحة.
- ٤- الميول^(١٠): وهي رغبات مستقرة نسبياً لدى الفرد للانغماس في أنواع معينة من النشاط، مثل العمل اليدوي أو التفكير أو النقاش مع الآخرين.
- ٥- الاتجاهات^(١١): وهي السمات المتعلقة باتجاهات الشخص نحو الموضوعات المختلفة أو المسائل الاجتماعية، كالاتجاهات نحو المرض العقلي أو نحو تعاطي الخمر أو المخدرات أو القضايا الاجتماعية المختلفة.
- ٦- الاستعدادات^(١٢): وهي تتعلق بالقدرات المختلفة مثل القدرات العقلية، والحركية، وغيرها.
- ٧- المزاج^(١٣): وهي السمات المتصلة بالنقطة بالنفس أو المرح أو الاندفاع أو القلق وما إلى ذلك.

ويلاحظ أن السمات هي تجريدات تلخص الكثير من الخصائص المترابطة معاً. وبذلك فكما يقول جيلفورد فإن السمات لا تلاحظ ولكن الذي يلاحظ هو السلوك، وبناء على ملاحظة السلوك نستدل على السمات التي تنتظم ذلك السلوك (المرجع السابق). وتشير بحوث الشخصية إلى أن السمات تأخذ في توزيعها شكل المنحنى الاعتدالي، ويستوي في ذلك السمات المتصلة بالقدرات أو الذكاء أو القدرات الحركية أو السمات الوجدانية.

أما الأنماط فهي وإن كانت تشبه السمات إلا أنها أوسع نطاقاً، بل إن النمط يغطي عادة مجموعة من السمات. ومن ذلك مثلاً نمط الانطواء-الانقباض^(١٤). فهو يغطي

8 - Morphology.

9 - Physiology.

10- Interests.

11- Attitudes.

12- Aptitudes.

13- Temperament.

14- Introversion-extraversion.

تحتة عدداً من السمات مثل: الخجل، والمثابرة، والقبلية للاستثارة، والذاتية، والتصلب. ويمكن النظر إلى النمط على أنه بعد يتوزع الناس عليه بدرجات مختلفة تأخذ أيضاً شكل التوزيع الاعتدالي. وبذلك فإن نمط الانطواء والانبساط لا يعنى قسمة الناس إلى نوعين أو فئتين، بل يعنى بالأحرى أن الناس موزعون توزيعاً اعتدالياً بين هذين القطبين.

أبعاد الشخصية:

قدم أيزنك تصوراً لأبعاد الشخصية الأساسية التي تنتظم مختلف السمات الوجدانية، وهي تلك السمات التي تنتظم بدورها الكثير من مظاهر السلوك. وأبعاد الشخصية هي عبارة عن مفاهيم مجردة مثل خطوط الطول والعرض. وهي بمثابة مفاهيم تنتظم حولها حقائق عديدة. وهي تساعد على تحقيق الفهم المنظم للواقع. كما تساعد على الوصول إلى أحكام أو تنبؤات علمية وعملية. وقد قدم أيزنك ثلاثة أبعاد أساسية، وهي: الانطواء- الانبساط، والعصابية، والذهانية. وقد أضافت الدراسات التي أجراها الباحثون الآخرون أبعاداً أخرى بالإضافة إلى الأبعاد الثلاث (العصابية والذهانية والانطواء) التي تحدث عنها أيزنك. فلقد قدم ماكراى وكوستا (R. McCrae & P. Costa, 1990) نموذجاً من خمسة أبعاد هي: العصابية، الانبساط، الانفتاح^(١٥)، الدماثة^(١٦)، والخلق^(١٧). كما أضافت البحوث التي أجريت في مصر بعداً آخر مستقلاً عن الأبعاد السابقة هو التطرف- الاعتدال (م. سوف، ١٩٦٧؛ م. فراج، ١٩٧٠، ١٩٧١).

ويهتم علماء النفس بدراسة سمات الشخصية لدى المرضى النفسيين للوصول إلى مزيد من الفهم لشخصية المريض النفسي ولنشأة وتطور المرض النفسي.

النظرة العامة والنظرة الفردية للشخصية:

يمكن أن نميز في الدراسات العلمية للشخصية بين اتجاهين رئيسيين:

- ١- اتجاه النظرة العامة^(١٨) للشخصية الإنسانية، وهي التي تستهدف الوصول إلى القوانين العامة.
- ٢- اتجاه النظرة الفردية^(١٩): والتي تركز اهتمامها على شخصية فرد بعينه له تاريخ خاص، وظروف فريدة.

15- Openness.

16- Agreeableness.

17- Conscientiousness

18- Nomothetic

19- Idiopathic.

والواقع أن كلتا النظرتين: العامة والفردية ضروريتان في العلم، وتكمل إحداها الأخرى. "فالنظرة العامة يأخذ بها العلم الأساسي الذي يحول الوصول إلى القوانين العامة، أما النظرة الفردية فيأخذ بها العلم التطبيقي الذي يحاول الاستفادة من نتائج وقوانين العلم بتطبيقها على فهم وتناول الحالة الفردية (محمد فراج، ١٩٧٦).

النظرة العامة للشخصية :

وتأخذ النظرة العامة للشخصية أحد طريقين: أولهما دراسة كيفية تشكيل الشخصية، أما الطريق الآخر فهو دراسة بنيان الشخصية. وفي الحالة الأولى نركز اهتمامنا على نشأة الشخصية ونموها وتطورها، ونتناول المتغيرات أو المؤثرات الأساسية للتنشئة الاجتماعية (٢٠) مثل الأسرة، ووسائل الإعلام، والمؤسسات العقابية، وغيرها. وهي تلك المؤسسات التي تسهم في تشكيل شخصية الإنسان. ونربط بين هذه المتغيرات (المستقلة) من ناحية، وبين سمات الشخصية أو خصائصها من ناحية أخرى. وقد نتناول بالدراسة حينئذ عينات من الأسوياء أو المرضى، وذلك بهدف التعرف على تأثير عوامل التنشئة الاجتماعية في ظهور أنماط سلوكية بعينها. وقد يمكننا هنا أن نقارن بين تأثير أساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة في بلاد مختلفة على ما يمكن أن نسميه بالشخصية القومية. وقد نخلص من ذلك إلى تقديم الاقتراحات المناسبة للأباء أو المربين حول أفضل أساليب التربية والثواب والعقاب التي تساعد على نمو شخصية سوية متوافقة.

النظرة الفردية للشخصية :

تهتم البحوث التي تنتمي إلى هذا الاتجاه بالإنسان الفرد ذاته. ويمكننا أن نتصور الحالة الفردية باعتبارها نقطة التقاء لعدد كبير من الأبعاد العامة. وكمثال توضيحي نأخذ مثلاً صفات مثل اللون والطول والوزن وغيرها من الصفات الجسمية. فهي كلها أبعاد عامة يتصف بها ويشترك فيها كل الناس. ولكنها تتجمع بمقادير متفاوتة عند الأفراد المختلفين. فالفرد الواحد يتصف بدرجات متفاوتة من كل صفة من تلك الصفات بحيث أن ذلك يعطيه شخصيته المميزة. على أننا نوضح هنا أن الفرد ليس مجرد مجموع أو تجميع لهذه الأبعاد. بل إن هنالك فوق ذلك شيئاً ما يعطى للفرد طابعه المميز. فالكل ليس مجرد مجموع الأجزاء. وفي هذا الصدد يتحدث علماء النفس عن أسلوب الشخصية، كما يدرسون الحالات الفردية للعباقرة والمبدعين والفنانين والمرضى النفسيين أيضاً، لكي يتعرفوا على خصائصهم التي تميزهم عن

غيرهم من الناس. وهنا نربط أيضاً بين الفرد وظروف حياته الخاصة، وتاريخه الشخصي، حيث يهتما بوجه خاص التفاعل بين الشخص والبيئة التي يعيش فيها. ويستخدم الأخصائي النفسي تلك النظرة الفردية في دراسته للحالة الفردية ومحاولة بناء تصور للشخصية التي يقوم بدراستها في العيادة النفسية، تربط بين الخصائص المميزة للشخصية والظروف التي مر بها أو يمر بها في حياته.

بحوث تقييم نتائج العلاج النفسي

تحتل بحوث تقييم آثار العلاج النفسي أهمية خاصة بالنسبة للأخصائي النفسي الاكلينيكي بشكل خاص ولعلماء النفس بصورة عامة. كما أن لها أهميتها بالنسبة للمرضى الذين يريدون أن يعرفوا أفضل أساليب العلاج وأكثرها فعالية. كما أن لها أهميتها بالنسبة للمجتمع الذي ينفق الكثير من الأموال على تلك الخدمات. وقد شهدت العقود الأربع الماضية ازدياداً كبيراً في عدد البحوث التي أجريت على العلاج النفسي وتقدماً في مستوى جودة تلك البحوث. وقد رافق ذلك بالطبع تلك الزيادة الكبيرة في استخدام العلاج النفسي.

صعوبات إجراء بحوث تقييم آثار العلاج النفسي:

رغم الأهمية الكبيرة لبحوث تقييم آثار العلاج النفسي فإنها ليست بالبحوث السهلة، بل يكتنف إجراؤها الكثير من الصعوبات. ويناقش سول جارفيلد (S. Garfield, 1983) تلك الصعوبات. وتتعلق إحدى هذه الصعوبات بتحديد المحكات التي يمكن استخدامها لتقييم التحسن أو قياس آثار العلاج. فما هي المحكات التي يمكن استخدامها؟ هل يمكن الاعتماد على تقييم المعالج نفسه لدرجة تحسن المريض؟ أم هل نعتمد على تقييم المريض نفسه لما طرأ عليه من تغيرات كنتيجة للعلاج؟ وهل يمكننا استخدام معيار واحد لتقييم آثار العلاج عند كل المرضى؟ أم هل يلزمنا معايير متعددة تناسب كل حالة على حدة؟ وهل يمكن قياس آثار العلاج بطريقة كمية وثابتة وصادقة؟ وهل تعتبر بعض التغيرات الناجمة عن العلاج أكثر أهمية من بعضها الآخر؟ ومن الذي يمكنه تقرير ذلك؟ وهل يمكن تقييم أنواع العلاج المختلفة ذات الأهداف المختلفة باستخدام نفس الوسائل ونفس الإجراءات؟ ومتى يمكننا قياس آثار العلاج، وبعد مرور أي فترة زمنية؟ وما هي الفترة الزمنية التي نحتاج إليها لمتابعة آثار العلاج النفسي حتى تكون التغيرات ذات مغزى؟

تلك الأسئلة ذات أهمية كبيرة ويجب أخذها في الاعتبار عند تقييم آثار العلاج. وهي توضح بما لا يدع مجالاً للشك أن عملية تقييم آثار العلاج النفسي ليست بالمهمة

السهلة البسيطة. وينبغي أيضاً تذكر تلك الأسئلة عند تقييمنا للدراسات التي أجريت في هذا المجال. وقد غلب على كثير من البحوث التي أجريت في الماضي تجاهل تلك الاعتبارات. كما أهمل كثير من تلك البحوث أن يأخذ في الاعتبار الفروق بين المرضى، أو الفروق بين المعالجين.

أنواع البحوث الخاصة بتقييم العلاج النفسي:

استخدم الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون تصميمات مختلفة للبحوث التي استهدفت تقييم آثار العلاج النفسي. وهناك أربعة أنواع أساسية من بحوث تقييم آثار العلاج النفسي:

- ١- مقارنة المجموعات التي تشمل على مرضى بالعيادات أو المستشفيات.
 - ٢- مقارنة المجموعات التي تشمل على أفراد غير مرضى (مثل طلاب الجامعات).
 - ٣- بحوث الحالات الفردية.
 - ٤- البحوث التي تركز على دراسة التفاعلات بين المعالج والمريض.
- وسوف نعرض هنا بإيجاز لنوعين من تلك الدراسات التي تعتمد على المقارنة بين المجموعات، وكذلك الدراسات التي تعتمد على بحوث الحالة الفردية، مع إعطاء بعض الأمثلة أو النماذج.

أولاً مقارنة المجموعات :

تشتمل هذه البحوث على مقارنة مجموعات متكافئة من المرضى، تتشابه من حيث العمر، والجنس، والتشخيص أو المشكلات النفسية، مع اختلاف واحد هو عبارة عن تلقى كل مجموعة منها لنوع مختلف من أنواع العلاج النفسي. ويمكن أن تشمل المقارنة على استخدام مجموعتين أو أكثر. وبعد انتهاء العلاج أو بعد مرور فترات زمنية معينة يتم قياس آثار العلاج باستخدام أدوات القياس أو التقييم المناسبة. ومن أمثلة ذلك البحث الذي أجراه كل من سلون Sloane وزملاؤه Bellack & Hersen, 1980) وفي هذه الدراسة قرّن الباحثون بين العلاج التحليلي النفسي القصير المدة وبين العلاج السلوكي. وقد تم إجراء الدراسة على مرضى العيادة الخارجية في جامعة تمبل Temple University. وقد اشتملت العينة الكلية على ٩٤ مريضاً، وكان ثلثا العينة تقريباً يعانون من عصاب القلق، بينما يعاني الثلث الآخر من اضطرابات الشخصية. وقد تم توزيع المرضى الجند توزيعاً عشوائياً على ثلاث مجموعات:

أ - مجموعة العلاج السلوكي.

ب- مجموعة العلاج النفسي التحليلي.

ج- مجموعة ضابطة، تم وضع أفرادها على قائمة الانتظار.

واشتمل العلاج السلوكي على استخدام أسلوب التطمين المنظم desensitization، والتدريب على الجرأة الاجتماعية assertiveness training، وإشراط التجنب avoidance باستخدام صدمات كهربائية. وقد استمرت فترة العلاج السلوكي لمدة أربعة شهور، وكان متوسط عدد الجلسات ١٢ و ١٣ جلسة. أما مجموعة العلاج النفسي التحليلي فقد استمرت فترة علاجهم أيضاً فترة أربعة شهور، وكان متوسط عدد الجلسات العلاجية ١٤ و ١٥ جلسة.

أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد طلب منهم الانتظار لمدة أربعة شهور إلى أن يتوفر لهم مكان بالعيادة. ومع ذلك فقد تم الاتصال بهم من وقت لآخر للاطمئنان عليهم، مع إتاحة الفرصة لهم في حالة وجود أى أزمة طارئة أن يلتقوا بالطبيب النفسي الذي سبق له القيام بفحصهم في البداية.

وقد اعتمدت الدراسة على استخدام معالجين ذوي خبرة كبيرة، وليس على طلاب الدراسات العليا كما هو الحال في كثير من الدراسات الأخرى. وقد قام بالعلاج خمسة أطباء نفسيين وأخصائي نفسي إكلينيكي واحد. وكان المعالجون النفسيون جوزيف ولبه، وأرنولد لازاروس، ومايكل سبرير، أما المعالجون التحليليون فقد كان اثنان منهم من المحللين النفسيين المتخصصين في التحليل النفسي، وكان الثالث طبيباً نفسياً يتلقى التحليل التدريبي.

وقد تم تقييم المرضى قبل العلاج، وعند انتهاء العلاج، وبعد مرور فترة زمنية للمتابعة. وقد اشتملت المحكات المستخدمة على ثلاثة أعراض مرضية تم تقديرها باستخدام مقياس من خمس نقاط. كما اشتملت المحكات على المتغيرات التالية: العمل، التكيف الاجتماعي، والتقدير الاجتماعي للتحسن العام، وعلى مقياس الشخصية التي أجاب عليها المريض.

وبعد أربعة شهور أظهر كل من المرضى الذين يتلقون العلاج، وكذلك أفراد العينة الضابطة تحسناً في الأعراض المرضية. إلا أن كلاً من مجموعتي العلاج السلوكي والعلاج النفسي التحليلي قد أظهرتا تحسناً أكبر جوهرياً بالمقارنة بالمجموعة الضابطة. وعند مقارنة درجة التحسن الإجمالي أظهر ٩٣% ممن تلقوا العلاج السلوكي التحسن، في مقابل ٧٧% بين من تلقوا العلاج النفسي التحليلي، وكذلك أفراد العينة الضابطة. وبذلك فقد كانت الفروق دالة إحصائياً في صالح العلاج السلوكي.

وقد تم متابعة حالة المرضى بعد مرور عام واحد. وقد أظهر جميع المرضى

الذين تلقوا العلاج السلوكي تحسناً أكبر جوهرياً بالمقارنة بأفراد العينة الضابطة. على أنه لم يكن هناك مثل هذا الفرق الجوهري عند مقارنة مجموعة العلاج النفسي التحليلي بالمجموعة الضابطة. ومع ذلك فقد كان هناك بعض الخلط في هذه النتائج مما يستلزم التوضيح. فبعد انتهاء البحث (بعد مرور أربعة شهور) تلقى أفراد العينة الضابطة (والذين وضعوا من قبل على قائمة الانتظار) العلاج النفسي، والذي قدمه لهم الأطباء النفسيون تحت التدريب. كذلك فقد استمر أفراد عينتي العلاج السلوكي والعلاج النفسي التحليلي في تلقى المزيد من العلاج النفسي على يد معالجيهم الأصليين.

ولعل أهم ما أظهرته هذه الدراسة أن العلاج السلوكي يؤدي إلى نتائج علاجية جيدة ومستمرة. بمعنى أن الأعراض لا تعود إلى الظهور كما تصور البعض، والذين قالوا بأن العلاج النفسي يعالج الأعراض ولا يعالج الأسباب الكامنة وراءها، وأن ذلك يؤدي إلى عودة ظهور الأعراض المرضية.

وبوجه عام تتميز هذه الدراسة باستخدام مرضى حقيقيين، وليس مجرد متطوعين من طلاب الجامعات كما الحال في كثير من الدراسات الأخرى. كما تتميز أيضاً باعتمادها على استخدام معالجين نفسيين ذوي خبرة كبيرة وليس مجرد معالجين نفسيين مبتدئين.

بحوث الحالات الفردية:

استخدم علم النفس الإكلينيكي بكثرة ولسنوات عديدة منهج دراسة الحالة الفردية. وفي السنوات الأخيرة حدث الكثير من التقدم في مناهج البحث الخاصة ببحوث الحالة الفردية. وتتميز بحوث الحالة الفردية بأنها تقدم لنا الكثير من المعلومات التي لا يتسنى لنا الحصول عليها من البحوث التي تقارن بين المجموعات. كذلك فإن بحوث الحالة الفردية تناسب بشكل جيد تقييم آثار العلاج النفسي. وفي كثير من الأحيان لا يستطيع الباحث جمع عدد كاف من المفحوصين أو المرضى لإجراء دراسة باستخدام منهج دراسة المجموعات، وذلك لندرة بعض الاضطرابات النفسية. كما أن بحوث الحالة الفردية تتفادى تلك الانتقادات الأخلاقية والقانونية التي وجهت إلى بحوث المجموعات وذلك عندما تستخدم تلك البحوث مجموعات ضابطة تحرم من العلاج لفترة من الوقت.

كذلك فقد شجعت بحوث الحالة الفردية على تطوير أساليب وأدوات قياس آثار العلاج. فمن الممكن استخدام الكثير من الأساليب مثل أساليب الملاحظة المباشرة، ومقاييس التقدير rating scales وأساليب الملاحظة الذاتية self-monitoring بجانب المقاييس السيكو فسيولوجية العديدة، مثل مقاييس جودة توصيل الجلد للتيار

الكهربى، أو مقاييس التوتر العضلى، أو سرعة النبض. وأهم ما يميز تلك الأساليب أنها تتيح للمعالج المرونة فى تعديل أساليب العلاج إذا لم تظهر نتائج إيجابية على تلك المقاييس.

وجدير بالذكر أن منهج دراسة الحالة الفردية ليس قاصراً على علم النفس الاكلينيكي، بل إنه استخدم بكثرة فى دراسات النمو النفسى، مثل دراسة نمو السلوك الاجتماعى عند الأطفال (أنظر مثلاً: سويف، ١٩٥٤). كما استخدم لينجهاوس هذا المنهج فى دراسة عملية التذكر. على أن علم النفس الاكلينيكي قام بتطوير منهج دراسة الحالة الفردية واستخدامه على نطاق أوسع بكثير.

التصميمات التجريبية لبحوث الحالة الفردية:

استهدف علماء النفس فى بحوث الحالة الفردية التحكم الجيد فى المتغيرات المستقلة، أى المتغيرات التى يتم تغيير مقاديرها لمعرفة تأثيرها على السلوك. كما استهدفوا فى تجاربهم أيضاً إبعاد أية مؤثرات خارجية يمكن أن تعقد من تفسير النتائج. وهناك عدد من الملامح الأساسية للتصميمات التجريبية لبحوث الحالة الفردية نعرضها فيما يلى.

- ١- يتم تحديد المستوى القاعدى baseline وهو مستوى السلوك أو المشكلة قبل بداية التدخل العلاجى، حيث يتم قياس المتغيرات التابعة عند هذه المرحلة. وعادة يعاد قياس تلك المتغيرات التابعة فى المراحل التالية خلال عملية العلاج لتحديد درجة التغير.
- ٢- ملاحظة وتسجيل التنبؤات التى تطرأ على المريض نفسه والتى تظهر فى المتغيرات التابعة.
- ٣- يقوم الأخصائى بعملية التحديد الجيد للمتغيرات المستقلة والتابعة بما فى ذلك: المعالج، وخصائص المريض، والمكان، وتثبيت المتغيرات المحيطة، وعزل المتغيرات العلاجية بما يسمح بتوضيح العلاقة الوظيفية بين المتغيرات العلاجية والتغيرات السلوكية.
- ٤- إمكانية إعادة التجربة على أفراد آخرين.
- ٥- مرونة التصميم التجريبى.

مثال لتصميمات بحوث الحالة الفردية:

هناك أشكال عديدة من تصميمات بحوث الحالة الفردية. على أننا سنعرض هنا لأحد النماذج الأساسية لتلك التصميمات. ويسمى التصميم الذى سنعرض له باسم

تصميم ما بين المراحل. ويشار إليه عادة بالنموذج: أ | ب | أ | ب. وتمثل "أ" المستوى القاعدي، بينما تمثل "ب" التدخل العلاجي المصمم خصيصاً للمريض. وتبعاً لهذا التصميم فإن "أ" الثانية تعني توقف أو سحب التدخل العلاجي. بينما تعني "ب" الثانية إعادة تقديم العلاج مرة أخرى بعد ذلك.

وتبعاً لهذا التصميم فإنه بدلاً عن مقارنة مجموعات مختلفة تجريبية وضابطة، كما هو الحال في بحوث المجموعات، فإن المريض أو الحالة الفردية تكون هي نفسها بمثابة الحالة التجريبية والضابطة على التوالي. وبذلك فإن الأداء القاعدي (أي السلوك الذي يحدث لدى الفرد بصورة عادية) تتم مقارنته بالسلوك في ظل التدخل العلاجي، أي تحت الحالة العلاجية. ويطلق على المرحلة القاعدية "أ" بينما يطلق على المرحلة العلاجية "ب". وفيما بعد يتم إيقاف العلاج عند مرحلة أخرى نسميها أيضاً "أ"، ويعقب ذلك إعادة تقديم العلاج في المرحلة العلاجية الثانية "ب". ويناسب تصميم أ-ب-أ-ب تلك العلاجات التي يمكن تقديمها وإيقافها على التتابع، مثل استخدام أساليب التدعيم أو العقاب.

ويعرض بيلاك وهيرسن (Bellack & Hersen, 1980) مثلاً لاستخدام التصميم التجريبي أ - ب - أ - ب على يد لومباردو وتيرنر (Lombardo & Turner، لدراسة تأثير استخدام أسلوب إيقاف التفكير thought stopping لدى أحد المرضى الفصامين.

وقد كان المريض في ذلك الوقت يتلقى العلاج في المستشفى النهاري عندما اشتكى من الأفكار الوسواسية التي تنور في رأسه حول علاقات خيالية مع مرضى سبق أن قابلهم عندما كان بالمستشفيات الأخرى من قبل. وقد طلب المعالج من المريض أن يقوم طوال فترة إجراء التجربة بتسجيل طول مدة كل فترة من فترات الوسواس وتاريخها على نموذج خاص بذلك. تسجل الوسواس في الفترة "أ" لمدة ستة أيام. وقد تبين من ذلك أن الاتجاه السائد لدى المريض هو استمرار التفكير الوسواسي حوالي ٤٠ دقيقة. وبعد انتهاء الفترة القاعدية بدأت فترة العلاج باستخدام أسلوب إيقاف التفكير. وفي هذه المرحلة تم إعطاء تعليمات للمريض بأن يعطى إشارة للمعالج كلما راودته الأفكار الوسواسية. وعندئذ يصبح المعالج قللاً: "توقف..". وتكرر ذلك الاقتران عدداً كبيراً من المرات. وخلال ذلك أصبح المريض نفسه يقول لنفسه "توقف" كلما مرت بذهنه تلك الوسواس. وفيما بعد تعلم المريض أن يقول لنفسه "توقف" بدون صوت مسموع. واستمرت مرحلة التدخل العلاجي لفترة امتدت من اليوم السابع إلى اليوم السابع عشر. وبعدها توقف تقديم العلاج لعدة أيام عند المرحلة القاعدية الثانية. وبعد ذلك بدأت مرحلة التدخل العلاجي من جديد ابتداء من اليوم الثامن والعشرين (٢٨). وبعد انتهاء العلاج تمت متابعة المريض لمدة ستة أسابيع.

وقد أظهرت النتائج أنه قد حدث انخفاض ملحوظ في الوسواس كنتيجة للتدخل العلاجي بأسلوب إيقاف التفكير. إلا أنه لوحظ أن الوسواس عادت إلى الظهور بشدة عند توقف التدخل العلاجي في المرحلة القاعدية الثانية. وعندما عاد التدخل العلاجي مرة أخرى انخفضت الوسواس إلى الصفر، كما استمر التحسن خلال الأسابيع الستة التي تم فيها متابعة اثار العلاج.

ورغم أن هذه الدراسة تعطي مثلاً جيداً لنموذج أ - ب - أ - ب فقد اعتمد تقييم اثار العلاج على التقارير الذاتية التي قدمها المريض عن نفسه. ويوحى ذلك باحتمال تأثير العوامل الذاتية على النتائج. إلا أنه يلاحظ أنه لا مناص من استخدام التقارير الذاتية عند تقييم أو قياس الوسواس.

وينوه بيلاك وهيرسن (المرجع السابق) بأنه لا يتيسر استخدام التصميم التجريبي في ظل ظروف معينة. وذلك عندما تكون هناك اعتبارات أخلاقية أو قانونية تمنع من إيقاف العلاج في المرحلة الثانية 'ب'. ومن أمثلة ذلك استخدام أسلوب العقاب لإيقاف سلوك إيذاء النفس عند أحد الأطفال المتخلفين. وتستخدم التصميمات ذات المستويات القاعدية المتعددة للتغلب على هذه المشكلة. وفي هذا التصميم يتم اختيار ٣ مشكلات سلوكية أو أكثر يراود التركيز على علاجها. وبعد القيام بعملية قياس السلوك في هذه المجالات (المرحلة أ)، يتم تطبيق العلاج (المرحلة ب) على أول تلك المشكلات السلوكية. وإذا كانت هذه المشكلات مستقلة إحداها عن الأخرى فإن العلاج يؤثر فقط على المشكلة السلوكية الأولى دون غيرها. وفي الخطوة التالية يتم تطبيق نفس العلاج على المشكلة السلوكية الثانية، ثم يتلو ذلك تطبيق العلاج على المشكلة الثالثة، وذلك عقب مرور فترات زمنية معينة (عدة أيام أو أسابيع مثلاً).

وتأخذ تصميمات بحوث الحالة الفردية بعض الأشكال الأخرى، اعتماداً على نوع السؤال المطروح للإجابة. مثال ذلك هل يؤدي العلاج إلى التحسن؟ أو هل أحد أنواع العلاج أكثر فعالية من أحد الأنواع الأخرى؟ أو هل هناك عناصر معينة في أحد أنواع العلاج تجعله أكثر فعالية؟ أو ما هو الحد الأقصى من الفائدة أو التحسن الذي يمكن الوصول إليه؟

الفصل الرابع عشر
فروع علم النفس الإكلينيكي

الفصل الرابع عشر

فروع علم النفس الإكلينيكي

تطور علم النفس الإكلينيكي تطوراً كبيراً منذ نشأته الأولى وأصبح يتعامل مع الكثير من الفئات العمرية والأشكال المختلفة من المشكلات. فهو يتعامل مع الراشدين والأطفال وكبار السن كما يتعامل مع المشكلات السلوكية، ومشكلات الإنماف، ومشكلات المجتمع، والصدمات والكوارث النفسية. وقد استلزم ذلك التنوع حدوث قدر كبير من التخصص لدى الأخصائيين النفسيين. وقد تبلورت تلك الفروع بشكل واضح بحيث أن الأخصائي الذي يعمل ويتخصص في مجال بعينه لا يمارس غيره من المجالات.

١- علم النفس الإكلينيكي العام:

وهو أشبه بتخصص الممارس العام في الطب. وهنا يتعامل الأخصائي النفسية مع تشكيلة واسعة نسبياً من المشكلات. ويتعامل بصورة رئيسية مع الراشدين، ولكنه يتعامل أيضاً مع مشكلات الأسرة والأطفال. ويقدم غالباً خدمات الفحص والعلاج النفسي والقياس النفسي.

٢- علم النفس الإكلينيكي للطفولة المبكرة

ويهتم هذا الفرع من فروع علم النفس الإكلينيكي بالصحة النفسية للأطفال من سن الميلاد حتى سن الثالثة. وفي الواقع أن هناك عدداً من العلوم الأخرى التي تشارك في الاهتمام بالصحة النفسية في هذه المرحلة العمرية، منها الخدمة الاجتماعية، والطب النفسي، والارشاد النفسي، وطب الأطفال. ويهدف علم النفس الإكلينيكي للطفولة المبكرة إلى " خفض الصعوبات والمعاناة التي يمكن أن يتعرض لها الصغار، وتحسين نموهم وقدراتهم وكفاءتهم" (J. Osofsky, 2016, P. 44).

وهناك اختلاف هام بين علم النفس الإكلينيكي للراشدين وعلم النفس الإكلينيكي للطفولة المبكرة. فعندما تكون هناك مشكلة نفسية لدى الطفل الصغير فإنها ترتبط في الغالب بالمشكلات القائمة في علاقة الأم بالطفل، ويتم علاج المشكلة من هذا المنظور. وقد كانت هناك مبادرات مبكرة في تاريخ علم النفس في هذا المجال. ومنها على سبيل المثال الدراسة التي نشرها جون بولبي بعنوان "الرعاية الوالدية والصحة النفسية" في

(J. Bowlby, 1951) وقد رأى بولبي أن الوشائج المبكرة التي تنشأ بين الأطفال والقائمين على رعايتهم لها تأثير كبير على الإنسان مدى حياته. وقام برازيلتون -وهو متخصص في طب الأطفال- بالاشتراك مع آخرين، بتصميم مقياس برازيلتون لفحص سلوك الأطفال حديثي الولادة، ويستخدم في فحص الاستجابات الجسمية والعصبية والصحة الوجدانية والفروق الفردية (ALS, H., et al, 1977) Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale

وقد تطور هذا الفرع تطوراً كبيراً في السنوات القليلة الماضية، وذلك بتطوير أساليب العلاج المستندة على الدليل العلمي. والذي يشمل على تقديم الإرشاد للوالدين، والعلاج باللعب، وتقديم العلاج النفسي للقائمين برعاية الطفل إذا كانوا يعانون من مشكلات القلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية. كما تم تطوير بروتوكولات للعلاج السلوكي المعرفي يتبعها المعالج خطوة خطوة مثال ما قدمه برنك-ماير وليبرج (Brink-Meyer & Eyberg, 2003). وقد أظهرت الدراسة العلمية الكثير من النتائج الإيجابية للعلاج على الصحة النفسية للصغار.

وقد استخدم المشتغلون بهذا الفرع عدداً من المقاييس النفسية لعل من أشهرها مقياس بايلي لنمو الأطفال (Bayley, 2006) وملك مقياس وكسلر قبل المدرسي والأولي للذكاء (Wechsler, 1989).

٢- علم النفس الإكلينيكي للأطفال :

وهو يقدم الخدمات للأطفال من أعمار مختلفة تتراوح بين ثلاث سنوات حتى سن ١٣ سنة. وهو يتعامل مع مشكلات مثل الإفراط في الحركة وتشتت الانتباه، ومشكلات التبول اللاإرادي، ومخاوف الأطفال، والمشكلات السلوكية للأطفال. ومن الطريف أن علم النفس الإكلينيكي بدأ من خلال العمل مع الأطفال باستخدام المقاييس النفسية والعلاج النفسي.

وتبدأ الخدمة النفسية مع صغار الأطفال في هذا السن بإجراء المقابلات الإكلينيكية مع الطفل ومع الوالدين ومع الأقارب كالجد والجدّة ومع المدرسين وغيرهم ممن لديهم معلومات مهمة حول الطفل. ويركز الأخصائي على محاولة التعرف على طبيعة المشكلة وشدها وتكرار حدوثها، والجهود السابقة في حل المشكلة. وقد يشمل الفحص مراجعة التاريخ المدرسي والصحة الجسمية والعقلية للطفل والأسرة وتركيبها والعلاقات الأسرية، والصراعات داخل الأسرة، والأدوار التي يؤديها الآباء أو التي لا يؤديونها، وتعرض الطفل للإيذاء الجسدي، أو الانفعالي، أو الجنسي، وفي أي عمر حدث ذلك.

ويحاول الأخصائي النفسي أن يتحقق من الفروض المتعلقة بالظروف المسببة، والظروف السابقة والظروف اللاحقة للسلوك المشكل، والظروف المساعدة على استمرار المشكلة والظروف الواقية للطفل. وقد يتم استخدام اختبارات الذكاء ومقاييس التحصيل الدراسي للوصول إلى فهم أفضل لطبيعة المشكلة لدى الطفل الذي يعاني من مشكلات دراسية. وقد يتم استخدام مقاييس للقلق أو الاكتئاب أو القلق أو المخاوف. ويخلص الأخصائي النفسي من هذا الفحص بنظرية مصغرة تشرح العوامل الرئيسية التي أسهمت في نشأة المشكلة والتي ساعدت على استمرارها كما يقترح طرق التدخل العلاجي المناسبة للطفل.

وليس هناك أدنى شك في أن العلاج النفسي للطفل كما يتم ممارسته اليوم يؤدي إلى نتائج مفيدة للأطفال والشباب وعائلاتهم. وهو ما أكدت الدراسات العلمية الدقيقة والمضبوطة علمياً. ولاشك أن هناك أشكال من العلاج النفسي للأطفال أكثر فعالية عن غيرها. وهو ما تركز البحوث على كشفه وتوضيحه.

وهناك أربع مجالات رئيسية للاضطرابات النفسية عند الأطفال والشباب: اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات الانتباه، والاضطرابات السلوكية. ولا بد أن يلتزم الأخصائي النفسي باستخدام العلاج النفسي المبني على الأدلة العلمية evidence-based التي تصل إليها الدراسات المنهجية المضبوطة.

اضطرابات القلق النفسي عند الأطفال:

وهي تعتبر أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأطفال والمراهقين. ويبلغ انتشارها حوالي ١٢% من الأطفال في المجتمع العام، وحوالي ٣٦% بين العينات الاكلينيكية. وحسب الدليل الاحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة DSM-5.

فإن كل اضطرابات القلق التي توجد في سن الرشد توجد أيضاً بين الأطفال والمراهقين، باستثناء اضطراب واحد يظهر بشكل خاص عند الأطفال وهو قلق الانفصال. ويستخدم المعالجون النفسيون عدة أساليب لعلاج القلق عند الأطفال، مثل التدريب على الاسترخاء، والتعرض المنظم الحي لمثيرات القلق، والتعلم من خلال القدوة modeling ولعب الأنوار role play وأسلوب القصص، والعلاج باستخدام الفن واللعب، في إطار العلاج السلوكي المعرفي.

اضطرابات المزاج عند الأطفال:

وتشمل هذه الاضطرابات الاكتئاب الرئيسي major depression والديستيميا

dysthymia. وقد قام كاسلو وتومسون في سنة ١٩٩٨. باستعراض سبع دراسات أجريت على استخدام أشكال العلاج النفسي المختلفة مع الأطفال والمراهقين. واشتملت أساليب العلاج المستخدمة التدريب على المهارات الاجتماعية، والعلاج بالضبط الذاتي self-control، وإعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات. وقد أظهرت النتائج أن هذه الأساليب المتشابهة ولو أنها غير متطابقة إلا أنها حققت نتائج في خفض الاكتئاب عند الأطفال. وقد استمرت فوائد العلاج عند المتابعة بعد مرور أربعة أسابيع وحتى عامين من انتهاء العلاج. وقد كانت النتائج أفضل بالمقارنة بمن وضعوا على قوائم الانتظار. وقد أظهرت دراسات أخرى أن أساليب العلاج السلوكي المعرفي للأطفال حققت نتائج جيدة وتراوحت نسب الشفاء بين ٥٠% و ٨٥%.

اضطرابات تشتت الانتباه وإفراط الحركة:

يعتبر هذا الاضطراب من بين تلك الاضطرابات الشائعة في مرحلة الطفولة، حيث تشير دراسات الانتشار إلى أنه يشيع بنسب تتراوح بين ٣% و ٧% بين الأطفال. وتبعاً للدليل الإحصائي والتشخيصي (المراجعة الخامسة) فإن هذا الاضطراب يصنف إلى فئتين: (١) عدم الانتباه والذي يشمل القشل في تركيز الانتباه ويشمل أخطاء الإهمال في المدرسة والعمل وكذلك صعوبة الاستمرار في الانتباه والتركيز والنوع الثاني (٢) إفراط الحركة والاندفاع. والعلاج الشائع لهذا الاضطراب هو استخدام الأدوية المنبهة للجهاز العصبي، والتي تحقق نتائج مباشرة وإيجابية في الكثير من الجوانب. غير أنها لا تحقق تغيرات طويلة المدى في التحصيل الدراسي أو السلوك داخل الفصل أو في العلاقة مع الزملاء. وعادة يستجيب بين ٦٠% و ٨٠% للعلاج بالأدوية. ومع ذلك فإن العلاج بالأدوية لا يحقق السواء السلوكي، بمعنى أنه تظهر لدى كثير منهم مشكلات سلوكية. ويوصى بلهام Pelham بإلحاقهم ببرامج سلوكية تركز على علاج تلك المشكلات بجانب العلاج بالأدوية، باستخدام أساليب العلاج السلوكي وتعديل السلوك وباستخدام مبادئ التعلم والارتباط الشرطي الفعال التي طورها سكينر Skinner.

اضطرابات القلق النفسي عند الأطفال:

وهي تعتبر أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بين الأطفال والمراهقين. ويبلغ انتشارها حوالي ١٢% من الأطفال في المجتمع العام، وحوالي ٣٦% بين العينات الإكلينيكية. وحسب الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة DSM-5.

فإن كل اضطرابات القلق التي توجد في سن الرشد توجد أيضاً بين الأطفال والمراهقين، باستثناء اضطراب واحد يظهر بشكل خاص عند الأطفال وهو قلق الانفصال. ويستخدم المعالجون النفسيون عدة أساليب لعلاج القلق عند الأطفال، مثل التدريب على الاسترخاء، والتعرض المنظم الحي لمثيرات القلق، والتعلم من خلال القنوة modeling ولعب الأدوار role play وأسلوب القصص، والعلاج باستخدام الفن واللعب، في إطار العلاج السلوكي المعرفي.

٤- علم النفس الإكلينيكي لكبار السن Clinical Geropsychology :

وهو أحد فروع علم النفس الإكلينيكي التي تضاعفت أهميتها كثيراً في السنوات الأخيرة نظراً للأعداد المتزايدة من كبار السن في مختلف المجتمعات. وهو يتعامل مع تلك المشكلات التي يعاني منها كبار السن مثل مرض ألزهايمر، ومشكلات الاكتئاب والقلق لدى كبار السن. ولقد تزايد الاهتمام بالقضايا المتصلة بالصحة النفسية لكبار السن تزايداً كبيراً في السنوات الأخيرة.

وقد تزايدت أعداد كبار السن في معظم المجتمعات كنتيجة مباشرة لتقدم الرعاية الصحية وتطور أساليب الوقاية والعلاج. فلم تعد الأزمات القلبية والسكتة الدماغية والسرطان القاتل الذي لا يرد كما كان الحال في سابق الأيام. بل أمكن ترويض تلك الأمراض بل وتحسين أساليب الوقاية من تلك الأمراض القاتلة تقدماً كبيراً. وقد وصل تعداد كبار السن في الولايات المتحدة في عام ٢٠٠٦ إلى ٣٧ مليون شخص تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً.

وتشير إحصاءات السكان في مصر حسب الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء في عام ٢٠١٧ إلى أن عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً يبلغ ٦٣١٢١٧٣ شخصاً. أي أكثر من ٦ مليون شخص. وسوف يتزايد هذا العدد كثيراً في المستقبل عندما تبلغ الأعداد الكبيرة من الشباب مرحلة الشيخوخة.

ويتميز كبار السن بعدد من الخصائص التي يتحتم على الأخصائي النفسي التعرف عليها ومراعاتها عند العمل مع الأشخاص من كبار السن. ففي هذه المرحلة تتواجد وتطراً الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية التي يتحتم مراعاتها والتعامل معها. ومن أبرز تلك التغيرات ما يطرأ على كبار السن من الأمراض ومن حالات الوهن الجسمى. بل تتراكم في هذه المرحلة العمرية الأمراض التي أصابت الشخص على مدى سنوات عمره الماضية. ولعل أكثر الأمراض شيوعاً بين كبار السن أمراض ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكر، والسرطان، بالإضافة لضعف السمع والبصر، وفقدان الذاكرة للأحداث القريبة. كما تظهر بشكل خطير الآثار المترتبة

لسنوات طويلة من عادات التدخين، وشرب الكحوليات، وتعاطي المخدرات، والتي عجز الشخص عن إيقافها في الوقت المناسب. وفي هذه المرحلة تظهر مشكلات العجز الجسمي كالعجز عن الوقوف أو المشي أو القدرة على الإمساك بالأشياء. وفي هذه المرحلة يستخدم الكثيرون عصاة للمشي أو مشاية أو الكراسي المتحركة. ويصعب على البعض القيام من الفراش. وقد يفقد الشخص القدرة على التحكم في وظائف الإخراج. وقد يعاني البعض من حالات الشلل الناتجة في الغالب عن السكتة الدماغية. وقد يعاني البعض من فقدان القدرة على بلع الطعام أو حتى الكلام.

كذلك قد يعاني كبار السن في كثير من الأحيان من فقدان الأهل والأقارب والأصدقاء، مثل وفاة الزوج أو الزوجة أو الأبناء، أو الأخوة والأخوات. وتترك تلك الأحداث جرحاً غائراً وحزناً شديداً. وفي كثير من الحالات يفقد الشخص القدرة على العيش المستقل، ويحتاج لمن يعينه في كثير من الأمور، مثل إعداد الطعام، والنظافة الشخصية، والاستحمام، وتنظيف المنزل، وغير ذلك من مهارات وأساسيات الحياة. وعلى الأخصائي النفسي أن يقيم هذه الأمور، وقد يناقشها مع الأسرة أو فريق الرعاية الصحية، مع مراعاة ضوابط الخصوصية في جميع الأحوال.

ويتركز عمل الأخصائي النفسي مع كبار السن على المشكلات المتصلة بتقييم الحالة المعرفية والوجدانية والعقلية للمريض، مثل الاكتئاب النفسي والقلق ومشاعر الحداث المعقد أو طويل الأمد، وحالات المرض النفسي الشديدة. وقد يطلب من الأخصائي النفسي تقييم قدرة الشخص على اتخاذ القرارات المالية أو الصحية، مما قد يتطلب إجراء الاختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية وتحديد مدى التدهور في تلك القدرات.

الخرف :

يعتبر الخرف Dementia أحد الأمراض الشائعة في مرحلة الشيخوخة. والخرف هو عبارة عن تدهور عام وشامل للوظائف المعرفية يرجع إلى عديد من الأسباب التي تؤثر على مخ الإنسان. ويعرف سيلزر الخرف بأنه تدهور عام في القدرات العقلية يرجع إلى بعض الاضطرابات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي. كما أنه يتضمن أيضاً تفكك أو تحلل الشخصية والسلوك. ويختلف الخرف عن التخلف العقلي الذي يعني أن الشخص لم يكتسب إطلاقاً تلك القدرات العقلية من قبل. (Seltzer, B., 1988).

ويبلغ هذا التدهور في القدرات العقلية درجة من الشدة تؤثر تأثيراً بالغاً على الأداء اليومي للشخص وعلى نشاطه الاجتماعي والمهني في مختلف أنشطة الحياة

(APA, 2007). كما يفقد الشخص القدرة على التحكم في الانفعالات والقدرة على حل المشكلات. كذلك قد يعاني الشخص من المشكلات السلوكية ومن الهياج أو الهلوس والهذات. وقد أطلق الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس لرابطة الطب النفسي الأمريكية على هذا الاضطراب اسم الاضطرابات العصبية-المعرفية. كما أن التصنيف العالمي للأمراض النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية يصنف الخرف تبعاً لمسبباته إلى عدد من الفئات لعل أكثرها شيوعاً مرض ألزهايمر، والخرف الذي يرجع لمشكلات الأوعية الدموية (مثل الجلطة الدماغية)، ومرض باركنسون، ومرض هنتجتون، والايذز، ومرض جنون البقر، وإدمان الخمر والمخدرات، والأورام السرطانية للمخ، واضطرابات الغدد الصماء. ويمثل مرض ألزهايمر حوالي ٥٠% إلى ٦٠% من المصابين بالخرف. وتتدهور وظائف الذاكرة تدهوراً شديداً كما تتدهور معها واحدة على الأقل من مجالات النشاط العقلي، والقدرة على الحكم السليم، واللغة، والشخصية. وبالطبع يمثل فقدان الذاكرة أبرز تلك الأعراض. فقد ينسى الشخص الموعد مشتتاً، أو قد ينسى إقبال الصنبور بعد ملء كوب بالماء. وقد تعجز الأم عن تذكر أسماء أولادها وبناتها، بل قد تنسى أن لديها أولاد. وقد يهمل الشخص مظهره أو الاهتمام بحالته الصحية، أو قد ينسى الاستحمام والنظافة، وقد ينسى الشخص نوع الطعام الذي تناوله قبل قليل، أو ينسى حتى أنه تناول الطعام بعد وقت قصير. وقد يحتاج الشخص إلى قدر متزايد من المساعدة على القيام بالوظائف الأساسية، كالنظافة الشخصية، وارتداء الملابس، وتسريح الشعر، وتناول الطعام. وقد يصدر الشخص أحكاماً غريبة. فمثلاً اشتكت امرأة في دور المسنين من أن لها تحب رجلاً ولكنه يحب امرأة أخرى، وتقول إن هذا ليس من العدل. وقد يخرج مريض الخرف من المنزل ويهيم في الطريق ولا يعرف كيف يعود إلى منزله.

وهناك عدة أنواع من الخرف. وتبعاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية نعرضها بإيجاز فيما يلي:

اللزهايمر: وهو مرض يصيب الجهاز العصبي يرجع إلى تدهور وتحلل خلايا المخ، تراكم بروتينات شاذة في المخ، وأكثرها شيوعاً ما يسمى بيتا أميلويد ويتراكم هذا البروتين حول الخلايا العصبية. وهناك بروتين آخر يتكون داخل الخلايا العصبية، ويسمى بروتين تاو. ويؤدي كلاهما إلى موت الخلايا العصبية. ويعتبر اللزهايمر أكثر أنواع الخرف شيوعاً حيث تتراوح نسبة مرضى اللزهايمر حوالي ٥٠% إلى ٦٠% من مجمل مرضى الخرف. وهو يتميز بالقصور المتزايد في الذاكرة وفي القدرات المعرفية مما يتسبب في تدهور الأداء الاجتماعي والمهني. ويبدأ ظهور هذا المرض

بعد سن الخامسة والستين وتتضاعف نسب الإصابة به كل خمس سنوات بعد سن الخامسة والستين. وقد سُمي المرض باسم مكتشفه طبيب الأعصاب الألماني ألويس الزهايمر (١٨٦٤-١٩١٥). وهناك ٣ مراحل للمرض:

المرحلة الأولى: وتشمل الانخفاض التدريجي للذاكرة وضعف الإدراك، والتفكير المنطقي، وانخفاض الكفاءة في القيام بمتطلبات الحياة اليومية.

المرحلة الثانية: وتتميز بالقصور العقلي والانفعالي، وفبركة الإجابات للتغطية على عدم التذكر، وكذلك يكثر فيها الاكتئاب، وسرعة الغضب، وعدم الاستقرار، والتجوال على غير هدى، واضغام الكلم، وعدم القدرة على القراءة أو الكتابة.

المرحلة الثالثة: وفيها يتزايد التوهان وعدم القدرة على التعرف على الأقارب، ثم الموت بعد ٤ أو ٥ سنوات.

ولا يوجد حتى الآن علاج ناجع لمرض الزهايمر. بل إن المرض يتدهور بصورة مضطربة. وقد تساعد بعض العقاقير في الإبطاء من تدهور حالة المريض، ولكن لا يوجد علاج ناجع لهذا المرض حتى الآن.

الخرف الناتج عن أمراض الأوعية الدموية بالدماغ:

يحدث هذا الخرف عند بعض من يصابون بجلطة الدماغ وبأمراض الأوعية الدموية في المخ. وهو يأتي في المرتبة الثانية بعد الزهايمر في نسبة حالات الخرف، حيث يسبب حوالي ١٠% من حالات الخرف. وتختلف مظاهر وأعراض المرض تبعاً لسبب وموقف التلف المخ. وتشمل عوامل الخطورة في حدوث المرض ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع الكوليسترول، والسكر، والتدخين. وعلى خلاف الزهايمر الذي يحدث بطريقة تدريجية، فإن الخرف الناتج عن جلطات الدماغ يحدث بشكل مفاجئ ثم يستقر إلى أن يحدث حدث آخر بالمخ. وأكثر الوظائف تأثرًا هنا هي الوظائف التنفيذية وتشمل صعوبات حل المشكلات، وتركيز الانتباه، وسرعة معالجة المعلومات. كذلك قد توجد صعوبات بصرية-مكانية تشمل قراءة عقارب الساعة.

الخرف الناتج عن أجسام ليوي Lewy bodies:

ويتميز هذا النوع من الخرف بوجود ترسبات بروتينية ميكروسكوبية في المخ تسمى بأجسام ليوي. ويظهر لدى المصابين بهذا المرض فقدان الذاكرة، بجانب أعراض أخرى إضافية مثل الهلوس البصرية ومشكلات النوم. ويظهر هذا المرض غالباً في سن الخمسينات. كما أن هذا المرض يتميز بالهلوس البصرية، وباضطراب

الحركة، وبتذبذب الوظائف العرفية، فمثلاً قد يستطيع الشخص ارتداء ملابسه في بعض الأيام ولكنه لا يستطيع القيام بذلك في أيام أخرى.

الخرف الناتج عن إصابات الدماغ:

ويحدث هذا الخرف كنتيجة للحوادث، مثل حوادث السيارات أو السقوط أو الضرب على الرأس، وحدث الاختناق بغاز أول أكسيد الكربون، أو غيرها مما يؤدي إلى تلف أجزاء من المخ وفقدان وظائفها. وهناك اتفاق على أنه يمكن تحديد شدة الإصابة بناء على المظاهر التي يتم ملاحظتها عند وقوع الإصابة، مثل طول فترة الغيبوبة أو فقدان الوعي، والنسيان عقب الصدمة، ودرجة مقياس جلاسجو للغيبوبة. كما يصاحب إصابات الدماغ عدد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، والاضطراب التالي للصدمة النفسية PTSD.

زمنة فرنكة-كورساكوف:

يؤدي النقص الشديد في فيتامين ب-١ إلى هذا حدوث هذا الاضطراب. وأكثر الأسباب شيوعاً للمرض هو إدمان الخمر أو الكحوليات؛ ولكنه قد ينتج عن أسباب أخرى مثل مشكلات امتصاص الغذاء في الجهاز الهضمي. ويعاني المصابون بهذا المرض من القصور الشديد في وظيفة الذاكرة حتى ولو كانت قدراتهم المعرفية الأخرى في حالتها العادية. ويحتاج المخ إلى فيتامين ب-١ لإنتاج الطاقة. فإذا حدث نقص في هذا الفيتامين فإن المخ لا يستطيع القيام بوظائفه بصورة طبيعية.

مرض باركنسون:

تشتمل أعراض هذا المرض على صعوبة التحكم في حركات الجسم، ومشكلات التوازن، والرعشة في الأطراف، وغير ذلك من الأعراض. ويؤثر هذا المرض على منطقة غنية بالخلايا العصبية التي تقوم بإنتاج الدوبامين dopamine، ومع تقدم المرض تظهر أجسام ليوي Lewy bodies مما يؤدي إلى حدوث التدهور في الوظائف المعرفية. وتبلغ نسبة من يصابون بالخرف من مرضى باركنسون ما يتراوح بين ٥٠% و ٨٠% ويحدث الخرف بعد حوالي عشر سنوات من بداية المرض.

مرض هنتجتون:

وهو من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي. وأهم مظاهر المرض

الحركات اللاإرادية بالإضافة إلى التدهور الشديد في الفهم العام والقدرة على التفكير. ويظهر المرض عادة في عمر مبكر في الثلاثينات والأربعينات من عمر الشخص. ويرجع المرض إلى خلل وراثي جيني.

الاضطراب العصبي-المعرفي للفص الأمامي-الصدغي:

وينشأ هذا الاضطراب نتيجة لضمور في بعض أجزاء المخ التي ترتبط بالشخصية واللغة والسلوك. ويحدث هذا النوع من الخرف في عمر مبكر نسبياً وذلك بالمقارنة بمرض ألزهايمر. وتشتمل الأعراض غالباً على تغيرات في الحالة المزاجية والسلوك. فمثلاً قد يرتدى الشخص ملابس غريبة أو يصدر عنه سلوك يتسم بالعنف على غير المعتاد، أو قد يعاني من القلق الشديد أو اللامبالاة apathy. ولا يدرك الشخص أنه يتصرف بطريقة غريبة. كذلك قد تشمل الأعراض صعوبات في التواصل وفي فهم اللغة.

مرض كروتسفيلد-جاكوب Creutzfeldt-Jacob:

وهو ما يسمى أيضاً بمرض جنون البقر. وهو مرض نادر، ويبدأ المرض كنتيجة لوجود بروتينات تسمى بريون Prions في المخ حيث تنتشر بشكل سريع في المخ بما يؤدي لإصابة الخلايا الأخرى بالمخ. ويبدأ المرض عادة بأعراض اكتئابية تعقبها الوفاة بشكل سريع.

خدمات علم النفس الإكلينيكي للمسنين:

تشمل خدمات علم النفس الإكلينيكي للمسنين نفس الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي بوجه عام، مع تكييف تلك الخدمات بما يناسب المسنين سواء في ذلك قوى القدرات المعرفية السوية أو من يعانون من مشكلات الخرف. ويتم عادة تحويل المريض للخدمات النفسية عن طريق الأسرة أو عن طريق الطبيب العام. وهنا ينبغي التنبيه للأفكار التقليدية حول المرض النفسي في المجتمع، وهو ما يطلق عليه أحياناً وصمة المرض النفسي، فالمرض النفسي مثله مثل الأمراض الأخرى كالسكر وارتفاع الضغط والسرطان وغيرها. ويتطلب ذلك من الأخصائي النفسي أن يتنبه لهذا الأمر ويعمل على إضفاء جو من الارتياح والاطمئنان والقبول عند كبار السن. وعلى الأخصائي النفسي أن يتعرف على أسباب التحويل ومشكلات المريض، وأعراض المرض، والتاريخ الطبي للمريض.

وعند فحص الحالة الوجدانية للمريض يجب التنبيه إلى الفروق بين كبار السن

وغيرهم من الفئات الأخرى بالنسبة للأعراض المرضية. فمثلاً قد لا يأخذ الاكتئاب النفسي لدى كبار السن صورة الأعراض التي نلاحظها عند الأشخاص الأصغر سناً. فقد ينفي الشخص كبير السن أنه يشعر بالحزن أو الاكتئاب. وبدلاً من ذلك يشكو من اضطرابات النوم وضعف الشهية لتناول الطعام، أو فقدان الوزن، وتناقص الاهتمام بالأشياء التي كان يحبها من قبل. أو يضعف الدافع للقيام بأى مجهود. وقد تم تصميم مقاييس تناسب كبار السن حيث تركز على تلك الأعراض التي تكثر في مرحلة الشيخوخة. ومثال ذلك مقياس الاكتئاب النفسي لدى كبار السن Geriatric Depression Scale.

كذلك يجب أن يتنبه الأخصائى النفسى إلى مخاطر الانتحار عند كبار السن. فمع كثرة الأمراض التي يعاني منها الشخص كبير السن، وكثرة الآلام الجسمية، والمعاناة من الأمراض المزمنة كالسرطان، والفشل الكلوى وتعاطى الكحوليات أو العقاقير المخدرة بالإضافة إلى الاكتئاب الشديد، قد تتزايد احتمالات التفكير في الانتحار عند بعض كبار السن. كذلك قد يزيد من المخاطر عدم وجود عائلة تحيط بالشخص، وتخفف عنه مشاعر المعاناة واليأس. وهنا ينبغي أن يقوم الأخصائى النفسى بتقييم مخاطر الانتحار وأن يقدم العلاج النفسى لمنع حدوثه. وتشير الإحصاءات في الولايات المتحدة إلى أن حوالي ٢٠% من حالات الانتحار تحدث عند الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً.

ولعل من أهم المشكلات التي يتعامل معها الأخصائى النفسى عند العمل مع كبار السن تلك التغيرات في القدرات المعرفية والذاكرة. وينبغي أن يشمل التقييم النفسى على تقييم مستوى الأداء المعرفى عند كبار السن. حيث نجد أن هناك درجات مختلفة من التدهور المعرفى. وهنا ينبغي التنبيه إلى أنه قد تختلط أعراض الاكتئاب النفسى لتعطى انطباعاً بالتدهور العقلى غير الحقيقى. وهنا تساعد الاختبارات النفسية-العصبية في الوصول إلى صورة واضحة تساعد على التشخيص الدقيق.

ويستعان أحياناً ببعض الأدوات التي تقدم صورة أولية للتغيرات المعرفية عند المريض. ومن هذه الأدوات مقياس الحالة العقلية المصغر Mini Mental Status Examination (MMSE). ويستغرق تطبيقه وقتاً قصيراً ويعطى فكرة أولية عن وجود أو عدم وجود حالة الخرف أو التدهور في الوظائف المعرفية. وهناك مقاييس نفسية-عصبية تعطى صورة أكثر دقة وشمولاً للتغيرات المعرفية في مرحلة الشيخوخة وغيرها من المراحل.

٥- علم النفس الإكلينيكي للصدمة النفسية والكوارث : Traumatology :

تطور هذا الفرع تطوراً كبيراً منذ العقد الأخير من القرن الماضي. على أن الاهتمام بهذا الاضطراب بدأ منذ الحرب العالمية الأولى حيث أطلق عليه اصطلاح صدمة القنابل shell shock. وتبين فيما بعد أن تلك الصدمات النفسية لا تقتصر على خبرات الحروب بل تحدث كثيراً في حياتنا اليومية. وهو يقدم خدمات الفحص والعلاج للأشخاص ضحايا الصدمات النفسية أو الذين تعرضوا للكوارث المختلفة. وينشأ الاضطراب التالي للصدمة النفسية كنتيجة للتعرض لحادث خطير أو لسلسلة من مواقف الحروب. أو سوء المعاملة أو الاغتصاب. وتلك الأحداث الصادمة التي تؤدي إلى هذا الاضطراب النفسي هي أحداث خارجة عن المألوف، وشديدة التأثير بما يؤدي إلى حالة من الكرب النفسي distress عند أي شخص يتعرض لتلك الأحداث. وتحدث تلك الأحداث الصادمة غالباً بصورة مفاجئة، كما يدركها الشخص على أنها خطيرة بالنسبة له أو لغيره. كما أن تلك الأحداث تحد من قدرة الشخص على القيام بالاستجابة المناسبة. ويرى علماء النفس أن الاضطراب التالي للصدمة النفسية هو استجابة عادية (سوية) لموقف غير عادي. على أن هذه الاستجابة وتلك المعاناة النفسية والجسمية في اضطراب الصدمة النفسية تقع خارج نطاق السواء وتشير إلى الحاجة للمساعدة النفسية المتخصصة.

وتشير الدراسات الابدemiولوجية إلى أن أكثر الناس يتعرضون في حياتهم للصدمة، حيث تشير الإحصاءات إلى أن ٨٧% من النساء و ٩٧% من الرجال يمرون خلال حياتهم بحادث صادم واحد على الأقل. على أن نسبة من يحدث لديهم اضطراب الصدمة النفسية يقل عن ذلك بكثير. وتشير الدراسات المسحية إلى نسبة انتشار اضطراب الصدمة النفسية يصل إلى ما يقارب ٨%، بينما تصل نسبة الانتشار بين محاربي فيتنام إلى ٣١%. وتصل النسبة إلى ٤٩% بين ضحايا الاغتصاب، وتصل إلى ٣٢% بين من تعرضوا للضرب المبرح. كذلك أظهرت بعض الدراسات أنه في حالة الكوارث قد يحدث الاضطراب التالي للصدمة للأشخاص رغم أنه لم تحدث لهم إصابات جسمية. كما يتعرض للصدمة القائمون على عمليات الإسعاف، والعاملون بأقسام الطوارئ بالمستشفيات ورجال الشرطة الذين يشاهدون الجثث والقتلى والمصابين. وكثيراً ما تنشأ المشكلات الأخرى المصاحبة مثل إدمان الخمر والمخدرات، والاكتئاب، والقلق، والمشكلات الدراسية والمهنية.

أسباب الصدمات النفسية:

يمكن تصنيف أسباب الصدمات النفسية على النحو التالي:

- حالات الحروب بين الدول، والحروب الأهلية، وحوادث الإرهاب، والانفجارات، والتفجيرات الانتحارية.
- التعرض للتعذيب، خاصة للمسجونين السياسيين.
- التعرض للحوادث مثل حوادث السيارات، والقطارات، والغرق، وغرق المراكب أو العبارات، وغيرها.
- التعرض للأذى الجسدي بالضرب أو بالسلاح الأبيض أو الأسلحة النارية أو تعرض الأطفال للأذى الجسدي
- التعرض للإيذاء الجنسي كالتحرش، والاعتصاب، ولمس الأجزاء الخاصة عند الأطفال والمراهقين والكبار.
- الإيذاء الوجداني مثل التهكم المستمر والتهديد بالترك أو الطلاق، أو الزواج من شخص آخر، أو تحطيم الممتلكات.
- التعرض للجرائم: مثل حوادث السرقة بالإكراه، والسطو المسلح، واختطاف السيارات، أو الاعتداء على أحد أفراد الأسرة.
- مشاهدة جريمة قتل أو اعتداء جنسي أي حادث خطير كمشاهدة صدم السيارة لأحد المارة.
- التعرض لهجوم الحيوانات مثل عقر الكلاب.
- كوارث الطبيعة كالزلازل، والبراكين، والفيضانات، والسيول
- الكوارث الأخرى مثل الحرائق وسقوط المباني
- الموت المفاجئ لشخص عزيز أو الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل السرطان والأزمات القلبية.

الاستجابة المباشرة للصدمات :

لعل أكثر الاستجابات شيوعاً للصدمات النفسية هي حالة الخدر النفسي أو التميل، حيث ينسحب الشخص من مختلف الأنشطة أو من الاختلاط بالآخرين. كما تظهر بعض الأعراض الأخرى، مثل فقدان الشهية، والإرهاق، ومشكلات الجهاز الهضمي، والآلام الجسمية، والاكتئاب النفسي.

أعراض الاضطراب التالي للصدمة النفسية: وتشمل عادة بعض هذه الأعراض

تذكر الحادثة بصورة متكررة ومزعجة

تكرار الأحلام والكوابيس المسببة للتوتر النفسي والألم المتقدمة بالحادث
 شعور الشخص أو تصرفه كأنه يعيش الحادث من جديد
 معاناة شديدة عند التعرض لأي سبب داخلي أو خارجي يذكره بحادث العنف
 تسارع ضربات القلب، صعوبات في التنفس أو حصول تعرق عند التعرض لأي
 عامل داخلي أو خارجي يذكر بالحادث
 تجنب الأفكار والمشاعر والأحداث ذات الصلة بحادث العنف
 تجنب النشاطات والأماكن أو الأشخاص الذين يستثيرون إعادة تذكر الحادث
 عدم القدرة على تذكر عناصر مهمة من حادث العنف
 تناقص الاهتمام والرغبة في المشاركة في نشاطات معينة
 الشعور بالانفصال والغربة عن الآخرين
 مستوى محدود من العاطفة، مثلاً: عدم القدرة على الاحساس بمشاعر الحب
 الشعور بأنك لن تعيش بقية حياتك بصورة طبيعية، في الزواج، المهنة أو أن
 يكون لديك أطفال
 صعوبات في النوم
 التهيج أو فورات الغضب
 صعوبات في التركيز الذهني
 اليقظة الزائدة أو الاستمرار في توقع حدوث أخطار محتملة
 العصبية وسرعة الهياج والمبالغة في سرعة رد الفعل
 الشعور بالانفصال عن الجسد كأن الشخص يراقب جسده من خارجه
 الشعور بأن له أكثر من شخصية واحدة أو أن شخصيته تتغير أحياناً

دور الأخصائي النفسي في علاج الصدمات النفسية:

لا شك أن العلاج النفسي هو العلاج الفعال للاضطراب التالي للصدمة النفسية. ولقد تطورت أساليب العلاج النفسي المتخصصة في علاج الصدمات النفسية منذ تسعينات القرن الماضي وتم نشر مئات البحوث التي تعرض لنتائج العلاج والتي تبين مدى فعاليته في التغلب على الأعراض المؤلمة للمرض. وأهم وسائل العلاج هي:

- العلاج السلوكي المعرفي.
- العلاج بخفض الحساسية وإعادة المعالجة الذهنية بحركة العين EMDR.
- العلاج بالتنويم hypnosis.
- العلاج العقاقير النفسية.

الاعتبارات المهنية والأخلاقية في علاج الصدمات:

هناك عدد من الاعتبارات المهنية والأخلاقية التي يتحتم على الأخصائي النفسي الالتزام بها لممارسة العلاج النفسي. وسوف نعرض لأهمها فيما يلي:

على الأخصائي النفسي أن يلتزم باستخدام العلاجات النفسية التي أثبتت فعاليتها بالدليل العلمي. وهذا يتطلب أيضاً متابعة البحوث والدراسات المنشورة في المجالات العلمية

ينبغي على الأخصائي النفسي قبل أن يمارس أي نوع من العلاج أن يكون قد تلقى التدريب على أسلوب العلاج تحت إشراف المتخصصين. ولا تكفي الشهادة العلمية لممارسة العلاج. فإذا لم يكن الأخصائي قد تلقى التدريب تحت الإشراف فإن عليه التزام أخلاقي بتحويل المريض إلى الأخصائيين الذين يمتلكون التدريب والخبرة. وعلى الأخصائي النفسي أن يتورع عن جعل الأشخاص حقلاً للتجارب، لو أن يجرب أفكار أو أساليب لم تثبت كفاءتها في العلاج. ومن الممكن أن يتسبب الأخصائي غير المدرب في إحداث صدمة جديدة أو تكرار الصدمة للمريض.

المنظور العام لعلاج الصدمات:

على الأخصائي النفسي اختيار أسلوب العلاج الملائم للمشكلة. كما ينبغي أن يركز العلاج النفسي على بناء المهارات الجديدة، وترك ردود الأفعال غير الملائمة. وعلى المعالج أن يركز على ممارسة المهارات مثل لعب الأدوار.

وتبدأ أولى خطوات العلاج النفسي للاضطراب التالي للصدمات النفسية بالتنقيف المناسب حول طبيعة هذا الاضطراب وأسببه وأعراضه. ولعل أول خطوة في العلاج النفسي هي تنمية قدرة المريض على التعامل مع الضغوط النفسية، وتعلم مهارات الاسترخاء والتنفس المنتظم، واستخدام التصور البصري وأسلوب إيقاف التفكير. بكل ذلك يساعد على تزيد المريض بالأدوات التي تساعد على التعامل مع القلق والمخاوف والضغوط النفسية.

العلاج السلوكي-المعرفي للاضطراب التالي للصدمات النفسية:

لعل من أهم مكونات العلاج السلوكي المعرفي ما يسمى بعملية إعادة التشكيل المعرفي cognitive restructuring. وتشمل هذه العملية التعرف على الأفكار المرتبطة بالصدمة، والقيام بعملية تحد تلك الأفكار وتعديلها. ومن أمثلة تلك الأفكار: الاعتقادات حول خطورة المواقف والأماكن والمنبهات المرتبطة بالصدمة.

الشعور بالذنب وتأنيب الذات
عدم الثقة بالآخرين والشك فيهم
النظرة السلبية للذات
النظرة السلبية أو المتشائمة للمستقبل
الشعور بالعجز learned helplessness

أما المكون الثاني في العلاج فهو ما يسمى بالتعرض للصدمة exposure. وهنا نحتاج إلى قدر كبير من الحنكة والمهارة. وذلك لأن إعادة التعرض للذكريات أو المواقف الصدمية قد يؤدي إلى إحداث صدمة جديدة للمريض بدلا عن شفائه. وينبغي أن يكون هذا التعرض تدريجياً وليس بالإغراق flooding. وينبغي أن يتناسب هذا التعرض مع حالة المريض النفسية، بل وصحته الجسمية. فلا يعقل تعريض شخص مريض بالقلب لمواقف تؤدي إلى الضغوط النفسية الشديدة التي قد تضره صحياً. كما ينبغي أن يتناسب التعرض مع حالة الشخص وخصائصه الشخصية. كما ينبغي أن يسبق التعرض بمساعدة المعالج حدوث التعرض دون وجود المعالج. وهنا نميز بين نوعين هامين من التعرض للصدمة: التعرض التخيلي imaginal والتعرض الحي للمواقف والمنبهات التي تذكرهم الصدمة. ونحتاج في مرحلة التعرض لاستخدام أساليب الاسترخاء والتأمل للتعامل مع التوتر النفسي الشديد الذي ينشأ عن التعرض لذكريات الصدمة. كما يلاحظ أن أسلوب التعرض لذكريات الصدمة لا يناسب المرضى بأمراض نفسية شديدة كالفصام مثلاً.

دور الأخصائي النفسي في علاج ضحايا الكوارث:

تمثل الكوارث واحدة من أكبر التحديات التي تواجه المجتمعات والحكومات والمختصين. فالفيضانات والزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وكذلك الكوارث الأخرى مثل حوادث القطارات والطائرات والسيارات والانفجارات تمثل تحدياً كبيراً للأفراد والمجتمعات. ويوجد في الولايات المتحدة مجموعة كبيرة من الأخصائيين النفسيين المتخصصين في علاج الصدمات النفسية يرتبطون تنظيمياً بالصليب الأحمر، وعند حدوث كارثة مثل حوادث القطارات، والفيضانات، والتفجيرات يقومون بالاتصال بالصليب الأحمر ويقدمون العون النفسي بصورة تطوعية لضحايا الكوارث الذين يعانون من الآثار الحادة للصدمات النفسية والكوارث.

٦- علم النفس - العصبى الاكلينيكي Neuropsychology :

علم النفس الاكلينيكي العصبى هو علم يختص بتطبيق علم النفس العصبى على تشخيص وعلاج الاضطرابات الناشئة عن أمراض المخ أو الإصابات الناشئة عن الحوادث. وقد شهد هذا العلم نموا كبيرا استجابة لاحتياجات المرضى ليركز على الفحص وتطبيق الاختبارات النفسية العصبية ورسم خطط العلاج والتأهيل، وتنفيذ الخطط العلاجية، والمتابعة وتقييم الاستجابة. ويركز علم النفس العصبى على علاقة المخ بالسلوك. بينما يركز علم النفس الاكلينيكي العصبى على علاقة المخ باضطرابات السلوك وبالإعاقات الجسمية والمعرفية الناتجة عن إصابات أو اضطرابات المخ. ويحتاج المتخصص في علم النفس العصبى الاكلينيكي أن يكون على معرفة جيدة بتشريح المخ وفسولوجية المخ وبآدائه لوظائفه.

ويمكننا ملاحظة علاقة المخ بالسلوك بصورة واضحة في حالات جلطات المخ، فحدوث جلطات الدماغ يؤثر على وظائف الحركة في أحد جانبي الجسم، فتتأثر وظائف اللغة والكلام إذا حدثت جلطة المخ في الجانب الأيسر من المخ عند الأشخاص الذين يسود لديهم استخدام اليد اليمنى. أما الأشخاص الذين يسود لديهم استخدام اليد اليسرى (الأشول) فسوف تتأثر لديهم وظائف اللغة والكلام إذا حدثت الجلطة في الجانب الأيمن من المخ. ويرجع ذلك إلى أن النصف الأيمن من المخ يتحكم في الجانب الأيسر من الجسم أما النصف الأيسر من المخ فإنه يتحكم في الجانب الأيمن من الجسم.

ويقوم المختصون بعمليات الفحص والعلاج للأشخاص الذين تعرضوا لإصابات بالمخ كنتيجة للحوادث كحوادث السيارات أو الانفجارات أو الوقوع أو كنتيجة لبعض الأمراض التى تصيب المخ كالحمى الشوكية والذئبة الحمراء وغيرها من الأمراض أو الناتجة عن شرب الكحوليات وتعاطى المخدرات.

وقد ظهرت منظورات متعددة لتشرح علاقة المخ بالوظائف المختلفة وبالاضطرابات الحركية، والحسية والسلوكية. وأول تلك النظريات هي نظرية الموضعية في المخ. وقد بدأت هذه النظرية في القرن التاسع عشر على يد جال Gall (1758-1828)، والذي رأى أن المخ يتكون من أعضاء مختلفة كل عضو منها مسئول عن سمة نفسية أو خصلة معينة. فهناك موضع في المخ لصفة الشجاعة أو قوة الإرادة. وتلك الأفكار التي ترتدى ثوب العلم الزائف هي أشبه بخرافات الأبراج الفلك وقراءة الكف وقراءة الفئجان. فلم تجرى أية دراسات منهجية أو إحصائية موضوعية لتؤكد أو تنفى تلك الآراء.. على أن أول دليل على نظرية الموضعية قدمه بول بروكا Broca في عام ١٨٦١ والذي حدد موقع الجانب الحركى للكلام في منطقة محددة في

الفص الأمامي للمخ. كما أعلن فرنكه Wernicke بعد عقد من الزمان في سنة ١٨٤٧ أن فهم اللغة يقع في الفص الجبهي للمخ. وبحلول منتصف القرن العشرين كان قد تم نشر خرائط عديدة تحدد مواضع مختلفة في المخ للوظائف النفسية المعقدة والأساسية (Golden , 1981).

ولم يوافق الكثير من المتخصصين على نظرية الموضوعية لأنها لم تتمكن من تفسير الكثير من نتائج الدراسات التي قام بها العديد من العلماء، كما وجدوا الكثير من الحالات التي تناقض تلك النظرية تماماً. وظهرت نظرية تكافؤ القدرة equipotentiality theory في المخ والتي ترى أن الأجزاء المختلفة من المخ يمكن أن تؤدي نفس الوظيفة إذا لزم الأمر.

على أن هذه النظرية بدورها تعرضت للنقد من جانب المتخصصين، الذين قدموا بدورهم تصورات مختلفة، والذين رأوا أن العمليات المعقدة تعتمد على مراكز متعددة في المخ. وإذا نظرنا إلى وظيفة مثل الكلام نجد أنها تحتوي على عدد من المكونات، فهي تشمل سماع وتمييز الأصوات، والربط بين الأصوات والأشياء التي تسميها، والصور الذهنية للأشياء المرتبطة بالأسماء، وتذكر المواقف المرتبطة بالكلمة، ثم التعبير الصوتي أو الحركي، ويشارك في هذه العملية العديد من المناطق أو المواضع بالمخ.

مجالات الاهتمام في علم النفس العصبي الإكلينيكي:

هناك عدد من المشكلات التي تحظى باهتمام المتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي. ولم هذه المجالات:

- ١- إصابات الرأس نتيجة للحوادث.
- ٢- أورام المخ.
- ٣- جلطة المخ.
- ٤- الصرع.
- ٥- إدمان الكحول والمخدرات.
- ٦- مرض نقص المناعة المكتسب Aids.
- ٧- مرض الذئبة الحمراء Lupus.
- ٨- الخرف والألزهايمر.

ويعتبر الفحص والقياس النفسي بمثابة المجال الرئيسي لعمل الأخصائي النفسي العصبي الإكلينيكي، حيث يقدم الأخصائي بناءً على نتائج الفحص توصياته بالنسبة للعلاج والتأهيل، وقدرة الشخص على اتخاذ القرارات الطبية أو المالية، أو هما معاً.

ويستخدم المتخصصون العديد من أدوات القياس، والاختبارات التي تقيس المظاهر السلوكية، والمهارات، والوظائف المختلفة. المختلفة، وهناك العديد من المقاييس والاختبارات المقننة، والتي يتوفر لها المعايير المستمدة من البحوث العلمية، بجلب توفر الثبات والصدق. ويبدأ الفحص النفسي بتسجيل الحالة المرضية أو الشكوى اعتماداً على المعلومات المستمدة من المريض نفسه أو من العائلة أو من السجلات الطبية. كما يقوم بكتابة التاريخ الاجتماعي والتعليمي والمهني للشخص.

وقد استخدم العديد من الاختبارات لفحص إصابات المخ. وهناك الكثير من الاختبارات التي تستخدم مع بعضها البعض تبعاً لتفضيلات الأخصائيين. كما أن هناك بطاريات اختبار تشتمل على مجموعة ثابتة من الاختبارات التي تم تقنينها معاً لتعطي درجات منفصلة للاختبارات الفرعية مع إعطاء درجة كلية تمثل الأداء العام للمريض. ونذكر هنا بإيجاز بعض الاختبارات الشائعة الاستخدام.

اختبار بندر-جشطالت Bender-Gestalt: وهو من أقدم الاختبارات المستخدمة. ويطلب فيه من المريض نسخ ٩ رسوم كل رسم منها على بطاقة مفصلة، وذلك على صفحة بيضاء. كما يطلب منه بعد ذلك رسم تلك الأشكال مرة أخرى من الذاكرة على صفحة بيضاء جديدة. ويتم تصحيح الرسوم تبعاً لمعايير محددة.

اختبار بنتون للتذكر البصري: Benton Retention Scale: ويشتمل هذا الاختبار على العديد من الأشكال التي يتم نسخها وهي معروضة أمام المريض، أو رسمها من الذاكرة. ويؤخذ في الاعتبار عند التصحيح نسبة ذكاء المريض. وقد وجد بنتون أن الاختبار أظهر نجاحه في التمييز بين المرضى ممن يعانون من إصابات بالجانب الأيمن من المخ وغيرهم من المرضى.

اختبار تصميم المكعبات للوكسلر: Block Design

اختبار المتاهات Mazes

اختبار المصفوفات المتدرجة Progressive Matrices

اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات: Wisconsin Card Sorting Test

اختبار مهارة الأصابع

بطاريات الاختبار النفسي-العصبي :

هناك عدد من بطاريات الاختبار النفسي-العصبي التي يستخدمها الأخصائيون النفسيون في فحص المرض. وتشتمل هذه البطاريات على عدد من الاختبارات التي يقيس كل منها قدرة أو مهارة مختلفة. ومن أهم المجالات التي تغطيها تلك البطاريات: اختبارات القدرات اللفظية والكلام واللغة

اختبارات الإدراك المكانية
اختبارات التفكير التجريدي والتحليل المنطقي
مهارات التسلسل
وظائف الذاكرة والانتباه والتركيز

ولعل من أشهر الأمثلة على ذلك مقياس وكسلر. فقد أظهرت الدراسات السابقة أن الأشخاص المصابين بتلف حاد (حديث) في النصف الأيسر من المخ يحصلون على درجات أقل جوهرياً على اختبارات المقياس اللفظي وعلى الذكاء اللفظي، بينما يحصل الأشخاص الذين يعانون من إصابة أو تلف حاد في النصف الأيسر من المخ على درجات منخفضة على اختبارات الأداء بالوكسلر.

مقياس لوريا نبراسكا النفسي-العصبي:

ومن أهم البطاريات التي يشيع استخدامها في فحص الأشخاص الذين يعانون من إصابات الدماغ مقياس لوريا نبراسكا النفسي-العصبي Luria Nebraska Neuropsychological test Battery. ويستند هذا المقياس على نظرية الأنساق الوظيفية للمخ، والتي طورها لوريا في الاتحاد السوفيتي. وقد قام جولدن ورفاقه بتطوير المقياس اعتماداً على الطرق التي استخدمها لوريا في تقييم الأشخاص الذين يعانون من إصابات الدماغ. وقد تم تجميع هذه الاختبارات لتكوين بطارية اختبارات تم تقنينها بأساليب القياس النفسي. ويتكون المقياس من ٢٦٩ بنداً تشكل ١١ اختباراً، على النحو التالي: (Golden, Hmmake, Purish, Purish, & Moses, 1984)

- ١- البنود الحركية.
- ٢- الإيقاع.
- ٣- القدرات البصرية.
- ٤- سرعة الاستجابة.
- ٥- التعبير اللفظي .
- ٦- الكتابة.
- ٧- القراءة.
- ٨- الحساب.
- ٩- الذاكرة.
- ١٠- الذكاء (العمليات العقلية).

ويوفر الناشر التصحيح الإلكتروني للاستجابات على المقياس مع تقديم تفسيرات

مبدئية للنتائج، يستخدمها الأخصائي النفسي في كتابة التقرير النهائي أخذاً في الاعتبار المعلومات الأخرى المتوفرة عن المريض.

بطارية اختبارات هالستد-ريتان :

وتعتبر بطارية اختبارات هالستد - ريتان من أشهر بطاريات الاختبارات في مجال الفحص النفسي - العصبي. وتشتمل هذه البطارية على الاختبارات التالية (Jarvis, P. & Barth, J, 1984).

- ١- اختبار الفئات.
- ٢- اختبار الأداء الحسي.
- ٣- اختبار سيثور للإيقاع.
- ٤- اختبار إدراك الكلام والأصوات.
- ٥- اختبار سرعة النقر بالإصبع.
- ٦- اختبار تتبع الأرقام والحروف.
- ٧- اختبار الأفازيا.
- ٨- اختبار فحص الإدراك الحسي.
- ٩- اختبار قوة قبضة اليد.

وبناء على نتائج الاختبار يتم تحديد مدى العطب في قشرة المخ، ومدى شدة الإصابة، وهل إصابة المخ موضعية أم منتشرة، وهل هي في النصف الأيمن أو الأيسر أم فيهما معاً، وهل الإصابة في مقدمة أو مؤخرة قشرة المخ، وما هي التوصيات بالنسبة للحياة اليومية للمريض وبالنسبة للعلاج.

٧- علم النفس الإكلينيكي الصحي Health Psychology :

ويختص هذا المجال بتقديم خدمات علم النفس في المجال الصحي ويعملون مع الفريق الطبي في علاج الاضطرابات الجسمية، وفي زيادة اتباع المرضى لتوصيات وخطط العلاج الصحي. وقد نشأ هذا الفرع في السبعينات من القرن الماضي. كما يهتم بدراسة السلوكيات التي تعرض الفرد للإصابة بأمراض بعينها مثل مرض نقص المناعة المكتسب، وكذلك تأثير الضغوط النفسية على جهاز المناعة وعلى الحالة الصحية للفرد، ومساعدة مرضى السرطان على التعامل من هذا المرض وما يتصل به من مشاعر القلق والخوف والاكتئاب، ومساعدتهم على تحقيق الاستقرار النفسي. وهم يستخدمون أساليب مثل الاسترخاء والتتويم والعلاج السلوكي-المعرفي.

٨- علم النفس الإكلينيكي الجنائي Forensic Psychology :

ويركز هذا الفرع على تطبيق مبادئ علم النفس والصحة النفسية في مجالات القانون والجريمة والإجراءات الجنائية. ومن الأمور التي يركز عليها المتخصصون فحص الأشخاص لتحديد درجة كفاءتهم العقلية وأهليتهم، وهل كان الشخص في حالة عقلية تمكنه من إدراك طبيعة ما قام به وصحته أو خطئه، بما يوضح مدى مسؤوليته عن أفعاله، وتقدير مدى خطورة الشخص على من حوله في حالة الإصابة بالمرض العقلي. كما يتعاملون مع المشكلات الأسرية، والعنف العائلي، والنزاع حول حضنة الأطفال عقب الطلاق.

ويضيق المقام عن عرض كل فروع علم النفس الإكلينيكي. ومع نمو تلك الفروع يتوقع ظهور فروع جديدة لهذا العلم. وتفيد بلورة هذا النمو في مجالات علم النفس الإكلينيكي في التركيز على تطوير برامج التدريس والتدريب والبحث بالجامعات لإعداد المتخصصين الأكفاء في مجالات علم النفس الإكلينيكي.

المراجع العربية والأجنبية

المراجع

المراجع العربية :

- ١- ابراهيم (عبد الستار) (١٩٨٣) العلاج النفسى الحديث قوة للإبسان. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- ٢- اسماعيل (محمد عماد الدين) وآخرون الشخصية والعلاج النفسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٣- سويف (مصطفى)، فراج (محمد فرغلى) (١٩٧١) اختبارات جيلفورد للشخصية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٨٥) مرجع فى علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: دار المعارف.
- ٥- عكاشة (أحمد) (١٩٧٢) التشريح الوظيفى للنفس: علم النفس الفسيولوجى، القاهرة: الأنجلو.
- ٦- عكاشة (أحمد) (٢٠٠٥) علم النفس الفسيولوجى، القاهرة: الأنجلو.
- ٧- عكاشة (أحمد) (١٩٨٠) الطب النفسى المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٨- عكاشة (أحمد) (١٩٨٢) علم النفس الفسيولوجى، القاهرة: الأنجلو.
- ٩- فراج (محمد فرغلى) (١٩٧٠) سمات الشخصية وأساليب الاستجابة: دراسة بواسطة التحليل العاملى، رسالة دكتوراة، جامعة القاهرة.
- ١٠- فراج (محمد فرغلى)، الملا (سلوى) (ترجمة) (١٩٧٦) ل. س. واطسون: تعديل سلوك الأطفال. القاهرة: دار المعارف.
- ١١- فراج (محمد فرغلى)، السيد (عبد الحليم محمود)، مجدى (صفية) (١٩٧٦) مقياس جود إنف - هاريس للرسم، القاهرة: دار الأنجلو المصرية.
- ١٢- مليكة (لويس كامل)، اسماعيل (محمد عماد الدين)، هنا (عطية محمود) (١٩٥٦) اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٣- مليكة (لويس كامل) (١٩٧٧) اسماعيل (محمد عماد الدين)، هنا (عطية محمود) (١٩٥٩) الشخصية وقياسها. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- ١٤- مليكة (الويس كامل) (١٩٦٠) **الدلالات الإكلينيكية لمقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٥- مليكة (الويس كامل)، اسماعيل (محمد عماد الدين) (١٩٦٥) **مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ١٦- مليكة (الويس كامل) (١٩٧٧) **علم النفس الإكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية (ج ١)**، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ١٧- مليكة (الويس كامل) (١٩٨٣) **اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (كراسة التعليمات)**، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- ١٨- نجاتي (محمد عثمان) (١٩٦٢) **ترجمة: سيجمند فرويد: القلق القاهرة دار النهضة العربية**.
- ١٩- مصري حنورة، كمال مرسى (١٩٩٢) **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء**. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

المراجع الأجنبية :

- 1- American Psychological Association (1992) **Ethical principles of psychologists and code of conduct**. American Psychologist.
- 2- American Psychological Association (2007) **Dictionary of Psychology**. Washington DC: APA.
- 3- Anastasi, Anne (1988) **Psychological testing**. New York: Macmillan Company.
- 4- Baker, R., Hall, J.N., & Hutchinson, K. (1974) **A token economy project with chronic schizophrenic patients**. *British Journal of Psychiatry*, 124, 367-384.
- 5- Barker, Philip (1990) **Clinical interviews with children and adolescents**. New York: W.W. Norton & Company.
- 6- Barlow, D. H., Hayes, S.C. & Nelson, Rosemary O. (1984) **The scientist Practitioner: Research & accountability in clinical and educational settings**. New York: Pergamon.
- 7- Barlow, D. H. & Carl. Jenna (2011) **The Future of Clinical Psychology**. In: D. Barlow (ed.) **The Oxford Handbook of Clinical Psychology**. New York: Oxford.

- 8- Barrios, B.A. (1985) On the changing nature of behavioral assessment.
In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.
- 9- Bayley, N. (2006) **Bayley Scales of Infant and Toddler Development**, 3rd. Edition. San Antonio, Tx: Psychological Corporation.
- 10- Beck, A. T. (1976) **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: The New American Library.
- 11- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990) **Cognitive therapy of personality disorders**. New York: Guilford.
- 12- Beck, A. T. (1991) Cognitive therapy: A 30-year retrospective, **American Psychologist**, 46, 368-375.
- 13- Beck, A. T. & Young, J.E. (1985) Depression. In: **Clinical handbook of psychological disorders**. New York: Guilford.
- 14- Beitman, B. D.; Goldfried, M.R. & Narcoross, J.C. (1989) The movement toward integrating psychotherapies: An overview, **American Journal of Psychiatry**, 146:2.
- 15- Benjamin, L.T., Jr. (1996) Lightner Witmer's legacy to American Psychology. **American Psychologist**, 51, 235-236.
- 16- Bolton, Elisa; Lambert, Jennifer; Wolf, Erika, Raja, Sheela; Varre, Althea; and Fisher, Lisa (2004) Evaluating a cognitive behavioral treatment program for veterans with posttraumatic stress disorder. **Psychological Services**, Vol. No 2, 140-146.
- 17- Boudewyns, P.A., Fry, T.J. & Nightingale, E.J. (1986) Token economy programs in VA medical centers: Where are they today? **The Behavior Therapist**, 9, 126-127.
- 18- Bowlby, J. (1951) **Maternal Care and Mental Health**. New York: Schocken.
- 19- Butcher, J.N.; Williams, C.L.; Graham, J.R.; Archer, R.R.; Tellegan, A, Ben-Borath, Y.S. & Kramer, B. (1992) **MMPI-A: A manual for administration, scoring, and interpretation**. Minneapolis, MN: NCR, Inc.
- 20- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., Ben-Borath, Y.S. (1990) **Development and use of the MMPI-2 content scales**.

Minneapolis: The University of Minnesota Press.

- 21- Cone, J.D. (1985) Psychometric considerations. In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.
- 22- Cormier, W. H. (1979) **Interviewing strategies for healers**. New York: Brooks/Cole Publishing Co.
- 23- Fensterheim, H. (1983) Introduction to behavioral psychotherapy. In: Fensterheim, H. & Glazer, H. I. (eds.) **Basic principles and studies in an integrative clinical model**. New York: Brunner/Mazel.
- 24- Craighead, W. E, Craighead, Linda W. & Ilardi, S. (1995) Behavior therapies in clinical practice. In: B. Bongar & L.E. Beutler (eds.) **Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice**. New York: Oxford University Press.
- 25- Davis, J.D., Fisher, L. & Davis, M.L. (1975) Stability and changes in strategies of psychiatric patients and normal interviews. **J. Consulting psychology**, 43, 205-215.
- 26- Dobson, K.S. (1988) **Handbook of cognitive behavioral therapies**. New York Guilford.
- 27- Eaton, W.W., Kessler, R.C., Wittchen, H.U. & Magee, W.J. (1994) Panic and panic disorder in the United States, **American Journal of Psychiatry**, 151, 413-420.
- 28- Eysenck, H.J. (1965) The contributions of clinical psychology to psychiatry. In J.G. Howells (ed.) **Modern perspectives in world psychiatry**. London: Oliver & Boyd.
- 29- Felton, J.L. & Nelson, Rosemary, O. Inter-assessor agreement on hypothesized controlling variables and treatment proposals. **Behavioral assessment**, 1984, 6, 199-208.
- 30- Ferreras, I. G., Routh, D. K., Cautin, R. L. (2016) History of clinical psychology following WW II. In: J. Norcross; G. R. Vandentsos; & D.K. Freedheim (Eds) **APA Handbook of Clinical Psychology**, Vo;. 1: Roots & Branches. Washington, DC: APA
- 31- Foreyt, J. P. & Rathjen, D. P. (1986) **Cognitive- behavior therapy**. New York: Plenum.

- 32- Fraiberg, S.; Addison, E. & Shapiro, V. (1975) Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach the problem of impaired infant-mother relationships. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 14, 387-421.
- 33- Garfield, S.L. & Kurtz, R. (1976) Clinical psychologists in the 1970's, **American Psychologist**, 31, 1-9.
- 34- Garfield, S.L. (1983) **Clinical Psychology**, 2nd ed., New York: Aldine Publishing Company.
- 35- Gazda, G.M.; Aubrey, F.S.; Balzer, F.J.; Childers, W.C.; & Walters, R.P. (1984) **Human relations for educators** (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon, Inc.
- 36- Glassi, J.P. & Perot, A. R. (1992) What you should know about behavioral assessment. **J. Counseling & Development**, 70, 624-631.
- 37- Golden, Charles (1981) **Diagnosis and Treatment in Clinical Neuropsychology**. Springfield, IL: Charles Thomas.
- 38- Goldenberg, H. **Contemporary clinical psychology** (1983) Monterey, CA: Brooks & Cole Publishing Co.
- 39- Greenberg, Sharon (1985) The case of P. In: A. Lazarus (ed.) **Casebook of multimodal therapy**. New York: Guilford.
- 40- Greist, J., Klein, M., Erdman, H, Bires, J.K., Bass, S.M., Machtinger, P.E. & Kresge, D.G. (1987) Comparison of computer- and interviewer- administered versions of the versions of the Diagnostic Interview Schedule, **Hospital & Community Psychiatry**, 38, 1304-1315.
- 41- Groth-Marnat, (1984) **Handbook of psychological assessment**. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- 42- Hall, C. (1978) **Primer on Freudian psychology**. New York: Octagon books.
- 43- Harvey, J.H. & Parks, Marjorie M. (1982) **Psychotherapy research and behavior change**. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- 44- Hay, W.M., Hay, L.R., Angle, H.V. & Nelson, R.O. (1979) The reliability of problem identification in the behavioral assessment interview, **Behavioral Assessment**, 1, 107-118.

- 45- Hayes, S. (1991) Behavioral assessment. In: M. Hersen, A. Kazdin & A. Bellack (eds) **The Clinical psychology handbook**. New York: Pergamon.
- 46- Hersen, M., Kazdin, A.E. & Bellack, A.S. (1983) **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon.
- 47- Hersen, M. & Turner, S.M. (1985) **Diagnostic interviewing**. New York: Plenum.
- 48- Hunsley, J. & Wood, J. (2015) Controversial and Questionable Assessment Techniques. In: S. Lillinfeld; S. J. Lynn & J. M. Lohr: **Science and Pseudoscience in Clinical Psychology**. New York: Guilford.
- 49- Jacobs, Michael (1992) **Sigmund Freud**. London: Sage.
- 50- Jarvis, P. E, & Barth, J. T. (1984) **Halstead-Reitan Test Battery: An Interpretive Guide**. Odessa, Florida: PAR.
- 51- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1997) **A practical guide to clinical documentation in behavioral health care** Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission.
- 52- Kazdin, A. E. (1979) Situational specificity: the two-edged sword of behavioral assessment. **Behavioral assessment**, 1979,1 57-75.
- 53- Kazdin, A. E. (1985) Behavioral observation. In: M. Hersen & A.S. Bellack: **Behavioral assessment: A practical handbook**. New York: Pergamon.
- 54- Kazdin, A. E. & Wilson, G. Terence (1978) **Evaluation of Behavior Therapy**. Lincoln, Nebraska: Bison Books.
- 55- Kennedy, J. A. (1992) **Fundamentals of psychiatric treatment planning**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- 56- Kramer, G.; Bernstein, D. & Phares, Vicky (2009) **Introduction to Clinical Psychology**. New Jersey: Pearson, Prentice Hall.
- 57- Kutash, S. B. (1983) Modified psychoanalytic therapies. In: B. B. Wolman (ed.) **Therapist's Handbook**, New York: Van Nostrand.
- 58- Lazarus, A. (1976) **Multimodal behavior therapy**. New York: Springer.

- 59- Lazarus, A. (1981) **The practice of multimodal behavior therapy**. New York: McGraw-Hill.
- 60- Lehman, A.F., Myers, C.P. & Cory, E. (1989) Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes, **Hospital & Community Psychiatry**, 40, 1019-1056.
- 61- Magaro, P.A. (1991) **Cognitive bases of mental disorders**. New York: Sage.
- 62- Manning, Carol & Ducharme, Jamie (2010) Dementia syndromes in older adults. In: Lichtenberg (ed.) **Handbook of Clinical Gerontology**. London: Elsevier
- 63- Mash, E.J. & Terdal, L.G. (1988) Behavioral assessment of child and family disturbance. in: E.J. Mash & L. G. Terdal (eds) **Behavioral assessment of childhood disorders**. New York: Guilford.
- 64- Mathison, K.S.; Evans, F.J. & Meyers, K. (1987) Evaluation of a computerized version of the diagnostic interview schedule. **Hospital & Community Psychiatry**, 38, 1311-1315.
- 65- McGoldrick, Monica & Gerson, R. (1985) **Genograms in family assessment**. New York: W.W. Norton & Company.
- 66- Meichenbaum, C. (1979) **Cognitive behavior modification**. New York: Plenum.
- 67- Nelson, Rosemary O. & Hayes, Steven C. (1986) **Conceptual foundations of behavioral assessment**. New York: Guilford
- 68- Nelson, Rosemary O. & Hayes, Steven C. (1979) Some current dimensions of behavioral assessment. **Behavioral Assessment**, 1, 1-16.
- 69- Nicholi, Jr., A (ed.) (1988) **The New Harvard Guide to Psychiatry**. MA: Harvard University Press.
- 70- O'Brien, W.H. & Hayes, S.N. (1995) Behavioral assessment. In: Lynda A. Heiden & M. Hersen (eds) **Introduction to clinical psychology**. New York: Plenum.
- 71- O' Donahue, W. (1989) The (even) Boulder Model: The clinical psychologist as metaphysician-scientist-practitioner,

- American Psychologist**, 44,1460-1468.
- 72- Ollendick, T. H. & Shirk, S.R. (2011) Clinical interventions with children and adolescents: Current status and future directions. In: D. Barlow (ed.) **The Oxford Handbook of Clinical Psychology**. New York: Oxford.
 - 73- Pope, B. (1979) **The mental health interview: Research and application**. New York: Pergamon Press.
 - 74- Rehm, L. & Mehta, P. (1994) Depression. In: V.B. Van Hasselt & M. Hersen (eds) **Advanced abnormal psychology**. New York: Plenum Press.
 - 75- Routh, D.K. (1996) Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology, **American Psychologist**, 51, 244-247.
 - 76- Routh, D. K. (2011) A history of clinical psychology. In: D. Barlow **The Oxford Handbook of Clinical Psychology**. New York: Oxford University.
 - 77- Routh, D.K. (1996) Lightner Witmer and the first 100 years of Clinical Psychology. **American Psychologist**, 51, 244-247
 - 78- Seligman, M.E.P. (1995) The effectiveness of psychotherapy, **American Psychologist**, 50, 965-974.
 - 79- Seltzer, B. (1988) Organic mental disorders. In: A. Nicholi, Jr. **The New Harvard Guide to Psychiatry**. MA: Harvard University Press.
 - 80- Silva, F. (1993) **Psychometric foundations of behavioral assessment**. Newberg Park, CA: Sage Publications.
 - 81- Stewart, Ch. & Cash, Jr., W.B. (1974) **Interviewing principles and practices**. Dubuque, Iowa: WCB.
 - 82- Strickland, B.R. (1988) Clinical Psychology comes of age, **American Psychologist**, 43, 104-107.
 - 83- Strupp, H.H. (1989) Psychotherapy: Can the practitioner learn from researcher? **American Psychologist**, 44, 717-724.
 - 84- Sundberg, N.D. (1977) **Assessment of persons**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
 - 85- Tuokko, H. A. & Smart, Collette (2018) **Neuropsychology of Cognitive Decline**. New York: Guilford.

- 86- Turner, S.M. & Hersen, M. (1985) The interviewing process. In: M. Hersen & S.M. Turner (eds.): **Diagnostic interviewing**. New York: Plenum.
- 87- Wakefield, J. C. (1992) The concept of mental disorder, **American Psychologist**, 47, 373-388.
- 88- Wechsler, D. (1989) **WPPSI-R: Wechsler Preschool and Primary Scale**. New York: The psychological Corporation.
- 89- Wiens, A.N, & Matarazzo, J.D. (1983) Diagnostic interviewing. In: M. Hersen & A.S. Bellack (eds.) **The Clinical psychology handbook**. New York: Plenum.
- 90- Young, J.G., O'Brien, J.D., Gutterman, E.M. & Cohen, P. (1987) Research on the clinical interview, **American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 613-620.
- 91- Yutsis, Maya; Rosen, Allyson; Deutsch, Gayle (2018) Neurocognitive Disorders. In: J. Butcher & Hooky (eds.) **Handbook of Psychopathology. Vol 1: Psychopathology: understanding, Assessing, and Treating Adult Mental Disorders**. Washington, DC: APA.
- 92- Zinberg, N.E. (1987) Elements of the private therapeutic interview. **American Journal of Psychiatry**, 144, 1527-1533.

